

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N^o

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 11 mai 1900, à 1 heure

PAR

Georges VUILLIÈME

RUPTURE DES COLLECTIONS ENKYSTÉES de l'abdomen

AU COURS DU PALPER ABDOMINAL

Président : TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. { JALAGUIER, Agrégé.
WALTHER, Agrégé.
MAUCLAIRE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N^o

339

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 11 mai 1900, à 1 heure

PAR

Georges VUILLIÈME

RUPTURE DES COLLECTIONS ENKYSTÉES

de l'abdomen

AU COURS DU PALPER ABDOMINAL

Président : TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. { JALAGUIER, Agrégé.
WALTHER, Agrégé.
MAUCLAIRE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité.
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études, un devoir de reconnaissance nous sollicite, et c'est avec empressement que nous saisissons cette heureuse occasion qui nous est offerte d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé avec tant de bienveillance dans nos études médicales.

Que nos maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux nous permettent de les remercier ici.

MM. TILLAUX et THIÉRY,

MM. FAISANS, LANDOUZY et BAR,

MM. BROcq et COMBY,

ont été pour nous des maîtres d'une inépuisable bienveillance. Nous leur devons le peu que nous savons.

C'est notre camarade CATHELIN, interne des hôpitaux, qui nous a décidé à choisir le sujet de notre thèse, qu'il reçoive ici l'assurance de notre sincère amitié.

Monsieur le D^r JALAGUIER, avec sa grande bienveillance, nous a communiqué une fort intéressante observation, nous l'en remercions sincèrement.

Monsieur le professeur TILLAUX a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, c'est un honneur dont nous ressentons vivement le prix et nous l'assurons ici de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans les lignes qui vont suivre, d'étudier une forme rare de rupture des collections enkystées de l'abdomen.

Nous désignons sous ce terme général de « collections enkystées » toutes les variétés de tumeurs liquides abdominales qui se trouvent isolées des tissus ou des cavités environnantes, soit qu'elles se trouvent contenues dans des enveloppes qui leur appartiennent en propre, soit qu'elles aient pour limites des adhérences et des fausses membranes, conséquences d'un processus inflammatoire.

Ces collections appartiennent à des variétés bien différentes entre elles ; mais nous pouvons cependant établir deux grandes divisions qui faciliteront notre étude :

1° *Collections enkystées septiques*, qui comprendront les diverses variétés de péritonites purulentes enkystées, les abcès annexiels (tubo-ovariens), les abcès du tissu cellulaire de la fosse iliaque ou des ligaments larges, les abcès du foie, etc.

2° *Collections enkystées non septiques*, parmi lesquelles nous rangerons les kystes de l'ovaire, les diverses variétés des kystes hydatiques intra-abdominaux (foie, rate, etc.) les hématoécèles pelviennes, et les grossesses extra-utérines que nous envisageons ici comme des tumeurs pathologiques

susceptibles de rupture au même titre que les autres collections enkystées.

En effet, toutes ces collections si disparates aux divers points de vue de leur production, de leurs caractères et de leur évolution présentent cependant un trait commun qui nous permet de les rassembler en vue d'une étude d'ensemble. Elles sont toutes susceptibles, encore qu'à des degrés divers, de se rompre.

Cette rupture peut survenir suivant des mécanismes différents.

Elle peut être spontanée et c'est une terminaison fréquente, de règle même, pour certaines d'entre-elles.

Elle peut être encore traumatique ; or, le traumatisme peut revêtir des formes multiples : entre le grand traumatisme brutal, violent et l'imperceptible pression que l'on trouve invoqués dans ces cas, il y a place pour d'innombrables intermédiaires.

Nous voulons en envisager ici une variété bien spéciale, si spéciale même que c'est un abus de langage de lui donner le nom de traumatisme. Nous voulons parler des manœuvres d'exploration manuelle, du palper soit pratiqué seul (palper abdominal) soit associé au toucher vaginal (toucher bimanuel.)

Ce n'est pas, disons le tout de suite, une critique contre ces méthodes d'exploration que nous prétendons faire ici ; ainsi que nous le montrerons, le palper pratiqué avec circonspection est inoffensif, il ne peut devenir dangereux que pratiqué par des mains imprudentes et inexpérimentées.

Nous avons cru qu'il y avait quelque intérêt et quelque utilité à rechercher dans quelles conditions il peut provoquer les ruptures afin d'en tirer des indications sur la façon

de l'appliquer, sur sa contre-indication possible, enfin de chercher quelle conduite doit être suivie lorsque la rupture survient.

Adoptant la division que nous venons d'établir, nous étudierons ici rapidement les diverses variétés de collections enkystées septiques, puis non septiques, nous plaçant au point de vue spécial de leur rupture en général.

Dans une troisième partie nous rechercherons les conditions qui peuvent amener ou favoriser cette rupture, puis, reprenant notre division de collections enkystées septiques et non septiques, nous chercherons les conséquences de cette rupture.

Les indications thérapeutiques feront l'objet d'une quatrième partie, où, nous appuyant sur les résultats obtenus, nous essaierons de préciser les règles générales qui doivent guider l'intervention chirurgicale ou motiver son abstention.

Nous n'ignorons pas que notre division est passible de reproches : les collections que nous décrirons comme non septiques, peuvent quelquefois, en des circonstances déterminées, s'infecter et devenir purulentes.

De même, dans les observations que nous publions à l'appui, il nous arrive de faire rentrer des cas où la rupture est survenue à la suite d'interventions manuelles dans lesquelles le palper n'est pour rien (Massage : obs. VIII et XI. Compression de l'ovaire : obs. III. Expression vésicale : obs. I.)

Nous nous en excusons ici ; les observations vraiment typiques nous ont paru assez rares, l'attention n'ayant pas été très attirée sur ces cas, et nous n'avons pu, malgré notre bonne volonté, en réunir des exemples bien nombreux.

D'ailleurs nous n'avons admis que les cas où l'intervention manuelle a été pratiquée avec une prudence et une modération telles, qu'elles nous permettent sans trop d'in vraisemblance de l'identifier au palper abdominal.

Dans le toucher bimanuel, qui des deux, du palper ou du toucher considérerons-nous comme cause de la rupture? La réponse semble difficile. La rupture survient sans doute par suite de l'association de ces deux modes d'exploration.

Quant à la rareté des observations, il nous a semblé qu'elle résultait un peu de ce fait que ces cas sont rarement publiés (sauf pour les kystes de l'ovaire et la grossesse extra-utérine).

La plupart des auteurs en admettent la possibilité, recommandent la prudence, conseillent parfois l'abstention du palper, mais ne citent pas d'exemples.

Nous avons cherché à en réunir quelques-uns.

PREMIÈRE PARTIE

COLLECTIONS ENKYSTÉES SEPTIQUES

CHAPITRE I

De la Péritonite purulente enkystée.

Avant d'étudier isolément les diverses variétés de collections enkystées étudions en quelques mots l'anatomie physiologique et pathologique de la péritonite purulente localisée. C'est en effet à cette variété inflammatoire que se rattachent les plus importantes collections septiques que nous aurons à examiner.

Les abcès enkystés du péritoine sont depuis longtemps connus, cités par Chassaignac (1), ils ont donné lieu à de nombreux travaux. Ils reconnaissent du reste les mêmes causes que la péritonite purulente diffuse dont ils sont la forme localisée.

Le péritoine possède une sensibilité de réaction excessive aux agents irritants ou septiques. Leur contact y détermine un processus actif qu'a montré Ranvier, (injections de nitrate d'argent, de teinture d'iode.) Les cellules endothéliales sont

(1) CHASSAIGNAC. Des tumeurs enkystées de l'abdomen, *Th. de Concours*, 1851.

vulnérées : les unes reviennent à l'état embryonnaire, desquamement ; d'autres meurent, de là des édifications anormales, des épaisissements du péritoine, des néomembranes qui cloisonnent la cavité péritonéale (1).

En même temps le processus inflammatoire provoque une diapédèse énergique, les leucocytes arrivent en foule, la défense s'organise. Il faut à tout prix empêcher l'inflammation de diffuser dans le péritoine, il faut la cerner, la localiser et c'est vers ce but que tendent les efforts de l'organisme.

Telle est la formation des péritonites enkystées, elles sont l'aboutissant de la lutte de l'organisme contre l'envahissement par les germes septiques.

Puis, peu à peu, les fausses membranes, d'abord molles et glutineuses, se durcissent, deviennent fibreuses s'épaississent les adhérences péritonéales se consolident, l'abcès enkysté est définitivement constitué, isolé de toutes parts de la cavité péritonéale.

Mais cette évolution heureuse de la péritonite ne se produit qu'à l'aide de circonstances favorables. Une des conditions essentielles c'est qu'il y ait une certaine lenteur dans le processus irritatif, lenteur qui permet aux fausses membranes de s'organiser, aux anses intestinales de s'agglutiner ; un autre facteur est le degré de virulence de produits septiques en contact avec le péritoine : il est des péritonites circonscrites qui bien que localisées et enkystées au milieu d'adhérences solides et épaisses, se généralisent quand même par extension de l'inflammation de proche en proche (Reclus) ; il s'agit sans doute, dans ces cas, d'une virulence particulière des agents infectieux pour lesquels

(1) TRUC. Traitement chirurgical de la péritonite. *Thèse de Concours*, 1886.

il n'y a pour ainsi dire pas de barrières infranchissables (1).

Encore peut-on tenir compte de la résistance individuelle: La sensibilité du péritoine qui varie tant avec les diverses espèces animales pouvant varier suivant les individus.

(1) M^{lle} GORDON. De l'appendicite chez l'enfant. *Thèse*, Paris, 1896.

CHAPITRE II

Des abcès appendiculaires.

Sans nous attarder à citer les nombreux et excellents travaux qui ont contribué à jeter un jour nouveau sur les suppurations chaudes de la fosse iliaque, et à donner une part prépondérante à l'inflammation de l'appendice, nous nous contenterons d'étudier un point plus spécial de cette affection : l'abcès appendiculaire.

L'appendicite est presque toujours accompagnée de lésions de voisinage. Ces lésions autrefois localisées dans le tissu cellulaire (Grisolle) sont aujourd'hui rapportées au péritoine (péritonite appendiculaire de Wyth). Cependant le tissu cellulaire peut être seul en cause et on a un phlegmon et non une péritonite. (G. Marchant) (1).

Cet abcès peut reconnaître des causes différentes : il peut être dû au ramollissement suppuratif de l'exsudat fibrineux qui constitue la péritonite plastique périappendiculaire ; ou bien, et c'est la raison presque constante, il résulte de la perforation de l'appendice lorsque des adhérences et des fausses membranes ont précédé cette perforation.

(1) BRUC. Traité des maladies de l'enfance par Grancher Comby, Marfan, t. III, 1897.

Cet abcès se trouve donc immédiatement contigu à l'appendice ; de petit volume, contenant parfois fort peu de pus, il est surtout constitué par des agglomérats fibrineux qui le circonscrivent.

Les parois sont généralement formées d'un côté par le cæcum, les anses intestinales et l'épiploon, de l'autre par le péritoine de la fosse iliaque ou de l'excavation pelvienne.

Ses adhérences varient avec l'ancienneté de l'abcès, avec la plus ou moins grande rapidité de son évolution, glutineuses et remarquablement faciles à rompre au début, elles deviennent solides et résistantes, pouvant subir la transformation fibreuse.

La situation de ces abcès est variable, elle varie avec la localisation de l'appendice par rapport au cæcum.

Des classifications ont été proposées à ce sujet. Gerster (1) admet 5 variétés. Ilio-inguinale. — Antérieure. — Postérieure. — Rectale. — Mesocolique.

Talamon a proposé une autre classification dans laquelle il crée une classe pour les positions anormales de l'appendice.

Il serait intéressant de rechercher quelle est l'influence de la position de l'abcès sur le trajet suivi par le liquide purulent lors de la rupture, mais il est souvent difficile d'en reconnaître la variété ; d'ailleurs la variété presque toujours rencontrée est le type ilio-inguinal de Gerster ou iliaque de Talamon.

Quelle est la fréquence de ces abcès enkystés par rapport à l'inflammation appendiculaire ?

Ils seraient très fréquents suivant les uns : 29 cas sur 45

(1) GERSTER, *New-Yorck méd.*, I ; Juillet, 1890.

personnels de M. Brun (1) et 35 fois sur 79 cas rapportés par M^{lle} Gordon (2).

Moins fréquentes suivant d'autres ils n'en constituent pas moins une complication importante de l'appendicite.

Ces abcès enkystés peuvent se terminer par résolution, le cas est rare mais possible, ou s'ouvrir au dehors. Une statistique de Bull (3) portant sur 56 cas d'abcès appendiculaires s'étant évacués spontanément, note que le pus s'est fait jour.

38 fois à la paroi abdominale

9 — dans le péritoine

2 — — rectum (4)

2 — — le thorax

2 — — la vessie (5)

2 — — l'artère iliaque (6)

1 terminaison par pyohémie

Cette perforation peut se faire dans plusieurs organes à la fois (cas de M. Brun, ouverture dans la vessie et le péritoine).

Suivant d'autres statistiques l'ouverture à la paroi abdominale serait rare, exceptionnelle, dit M. Brun. C'est dans le cæcum quelle serait la plus fréquente (7).

M. Jalaguier sur une statistique personnelle portant sur

(1) BRUN *Loco cit.*

(2) M^{lle} GORDON. *Id.*

(3) BULL. Cité par RICARD, *Gaz des Hôpitaux*, 1891.

(4) VILLARET. Abcès appendiculaires ouverts dans l'intestin. *Thèse*, Lyon, 1898.

(5) WLADOFF. Abcès appendiculaires ouverts dans la vessie. *Thèse*, Lyon, 1898.

(6) LEBON. Perforation des artères iliaques dans les abcès appendiculaires. *Thèse*, Paris, 1894.

(7) LECORNEY. Traitement des appendicites. *Thèse*, Paris, 1839.

40 cas ne trouve que 5 cas où la collection se soit rompue dans le péritoine (1).

Citons enfin des localisations rares des abcès appendiculaires : l'appendicite pelvienne (2), les abcès multiples et les abcès à distance secondaires (3).

Ces abcès, dit Piard, tendent à se vider d'abord à l'intérieur, puis dans l'intestin, la cavité thoracique, enfin le péritoine et exceptionnellement dans la vessie.

Le pus de ces abcès est de quantité variable, parfois il est loin d'être en rapport avec les dimensions apparentes de la tumeur par suite de l'épaisseur des fausses membranes qui l'entourent. Son aspect est assez variable, il est le plus souvent épais, verdâtre ou brunâtre, d'odeur fécaloïde par suite de sa contiguïté avec l'intestin.

Les espèces microbiennes qu'on y rencontre ne sont pas constantes, le bactérium coli et le streptocoque, diversement associés, s'y retrouvent à peu près régulièrement et à des degrés de virulence variables.

Au point de vue clinique, les signes qui permettent de constater la formation ou la présence d'un abcès péri-appendiculaire, sont obscurs.

Au moment de la formation de l'abcès, la température monte, mais d'autres fois elle descend. Le pouls est rapide, un léger état typhoïde existe parfois.

En même temps, localement, on observe quelques symptômes : la pression détermine une douleur très vive. Quant aux sensations que peut donner le palper, elles varient sui-

(1) JALAGUIER. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. 2^e édition, 1898.

(2) DORMOY. Thèse, Lyon, 1897.

(3) PIARD. Des suppurations à distance dans l'appendicite. Thèse, Paris, 1896, et Laizé. Abcès enkystés péritonéaux, d'origine secondaire dans l'appendicite. Thèse, Paris, 1898.

vant la situation de l'abcès et suivant l'intensité de la défense musculaire.

Il ne faut pas du reste le rechercher avec trop d'insistance, de peur de détruire, à ce moment, des adhérences salutaires. Le plus souvent cependant il apparaît rapidement avec la douleur, une voussure et on perçoit un empatement général de la fosse iliaque droite.

« La présence d'une induration iliaque, nette, persistante, « très douloureuse à la pression est une présomption en « faveur de l'existence d'une collection purulente » (1).

C'est du 4^e au 6^e jour, le plus souvent, que se forment ces abcès, puis les symptômes peuvent s'atténuer à partir du 8^e au 10^e jour.

Si l'inflammation continue sa marche, la perforation va survenir, elle se produirait de préférence vers le 12^e ou 17^e jour (Jalaguier) sans que ces chiffres ne puissent comporter rien d'absolu.

L'âge ne paraît pas avoir d'influence spéciale sur la formation de ces abcès, ils accompagnent l'appendicite qui, tout en étant une affection de l'âge moyen de la vie, est loin d'être rare chez les enfants et les vieillards, Fenger cité par M. Talamon, a vu une appendicite chez un enfant de 7 semaines et M. Jalaguier chez un vieillard de 84 ans.

(1) CH. MONOD et J. VANVERTS. L'appendicite. *Encyclopédie des aide-mémoire Léauté*.

CHAPITRE III

Des abcès annexiels

Les inflammations péri-utérines se ramènent actuellement à trois variétés distinctes (1).

Les salpingo-ovarites.

Les phlegmons.

Les péritonites pelviennes.

Ce n'est que peu à peu, grâce à de longs travaux, de patientes recherches qu'une conception nette de ces inflammations a pu être posée.

L'étude des inflammations de la trompe et de l'ovaire est rassemblée en un même chapitre : ces deux organes affectent une telle solidarité entre eux que leurs lésions sont presque toujours concomitantes, si la trompe peut être inflammée, l'ovaire restant sain cela ne peut résulter que de la période de l'affection : qu'on attende quelque peu et bientôt l'inflammation gagnera l'ovaire.

Par contre les inflammations de l'ovaire sans lésion des trompes sont exceptionnelles.

(1) P. SEGOND. *Traité de Chirurgie* Duplay et Reclus, 2^e édition, t. VIII.

Ces affections reconnaissent comme cause à peu près unique les inflammations de la muqueuse utérine (1), la voie lymphatique (2) à laquelle on accordait autrefois une grande importance, ne peut être incriminée que dans des cas assez rares (inflammation primitive de l'ovaire).

Nous n'étudierons ici que la salpingite purulente, elle succède à la salpingite catarrhale, dont elle est la résultante fréquente. Elle est constituée par une collection purulente développée dans le parenchyme ou la cavité des trompes dont elle dilate les parois. Les franges adhérentes entre elles obturent l'orifice péritonéal, renforcées encore par des fausses membranes. Quant à l'ostium utérinum il peut rester perméable (salpingite profluente) mais dans la plupart des cas son oblitération est complète, la collection est enkystée.

Ordinairement de volume moyen, (moins d'une orange) ces collections peuvent atteindre cependant de grandes proportions.

Certains auteurs notent la plus grande fréquence à gauche (Velpéau, à cause de l'inclinaison de l'utérus à gauche) (3) d'autres à droite (4).

Ces suppurations peuvent se présenter sous des aspects différents suivant que des adhérences, des déplacements ont fait varier les rapports : le plus souvent les trompes suppurées tendent à se placer derrière l'utérus. Elles contractent des adhérences avec le péritoine et des abcès de voisinage peuvent se développer.

Parfois l'ovaire intimement uni à la trompe est ramolli et

(1) QUÉNU. *Soc. de Chirurgie*, 1888.

(2) J. L. CHAMPIONNIÈRE. *Thèse*, Paris, 1870.

(3) SATIS. *Thèse*, Paris, 1847.

(4) TERRILLON, *Clinique Chirurgicale*, 1889.

suppuré, la cavité de cet abcès communique avec la trompe, dans ces cas il est difficile de les distinguer; trompe et ovaire se trouvant transformés en un vaste abcès.

Le pus est de qualité variable, jamais odorant sauf dans les cas de proximité avec l'intestin.

La terminaison peut avoir lieu par rupture. Cette rupture se fait exceptionnellement par le pavillon où les adhérences en font le point le plus résistant (1). Elle survient moins par excès de distension que par altération des parois. C'est à cette diminution de résistance des parois et aux adhérences qui exercent des tiraillements sur elles que la rupture est due le plus souvent.

Elle se fait assez fréquemment dans le péritoine (30 cas dans Delbet); fréquemment dans le rectum. Il est exceptionnel qu'elle s'ouvre à la paroi abdominale (Terrillon) ou dans la vessie.

Les lésions de l'ovaire, avons nous dit sont le plus souvent liées à celles de la trompe, l'inflammation de la trompe commençant la première, l'ovaire est généralement moins malade.

D'autres fois l'ovaire est seul atteint, il s'agit d'une infection par voie lymphatique, le plus souvent d'origine streptococcique.

Il existe dans ces cas des lésions de voisinage, des adhérences aux organes voisins, des épaissements du péritoine. La rupture est relativement fréquente dans le péritoine, plus fréquente que pour les salpingites : Delbet en relève 20 cas sur 48. Assez fréquente dans le rectum (5 cas) elle peut se produire sur l's iliaque. Rare dans le vagin (2 cas), exceptionnelle dans la vessie, l'ouverture à la paroi abdominale est problématique.

(1) DELBET. Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

2. — **Phlegmon du ligament large.** — Il résulte de l'inflammation du tissu cellulaire situé entre les deux feuillets péritonéaux constituant le ligament large.

On en distingue deux variétés : soit qu'il se développe entre les deux feuillets péritonéaux (phlegmon du ligament large proprement dit) soit à la base de ce ligament (phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet ; juxta-utérin de Bouilly). Cette dernière variété est de beaucoup la plus fréquente.

La grossesse, l'accouchement, les infections génitales en général, en sont les causes ordinaires. C'est la voie lymphatique qui est ici suivie.

Développé dans le tissu conjonctif lâche, cet abcès est généralement constitué par une poche unique ; le pus, tantôt louable et bien lié, tantôt granuleux et infect est en quantité variable mais dépasse rarement la valeur de 500 grammes.

Les parois tapissées de fausses membranes peuvent devenir fort épaisses dans les cas à évolution lente.

Le pus peut s'irradier, en décollant le tissu cellulaire, en diverses directions, soit qu'il suive les vaisseaux hypogastriques ou utéro-ovariens, soit qu'il gagne le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Le péritoine est ordinairement enflammé et épaissi. Le début de ce phlegmon s'annonce par une douleur excessive dans la fosse iliaque, douleur avec irradiations et fièvre. Si c'est un phlegmon juxta-utérin le palper est incapable de le déceler, seul le toucher fait sentir un empatement dans un des culs-de-sac. S'il siège à la partie supérieure du ligament large, le palper seul permet de le reconnaître ; on a parfois la sensation du plastron abdominal (Chomel).

La suppuration est sa terminaison la plus ordinaire ; elle

s'annonce par une recrudescence des symptômes ; et la collection purulente tend à s'ouvrir au dehors.

C'est par ordre de fréquence, dans le vagin, le rectum, la paroi abdominale, le péritoine, qu'elle se fait jour le plus ordinairement (1).

La rupture amène avec elle un grand soulagement mais il peut persister des fistules intarissables.

L'ouverture dans le péritoine amène rapidement la mort soit par péritonite, soit par syncope, mais ce mode de rupture est rare, des adhérences et des fausses membranes protégeant cette cavité.

3. — **Pelvi-péritonite enkystée.** — Décrite par Bernutz et Goupil (2) qui lui donnent une part prépondérante, presque universelle parmi les inflammations pelviennes chez la femme, la pelvi-péritonite est rattachée par M. Pozzi (3) (abcès pelvien) aux lésions annexielles.

Il semble toutefois, (Bouilly) que la pelvi-péritonite puisse exister primitivement en dehors de toute affection annexielle, ces cas, rares il est vrai, relèvent exclusivement de l'infection puerpérale.

L'épanchement rapidement formé (en 12 ou 24 heures) et d'abord séreux, subit ordinairement la transformation purulente, il se collecte derrière l'utérus où des fausses mem-

(1) Sur 95 cas :

Il s'est ouvert 30 fois dans le vagin

°	—	—	28	—	le rectum
	—	—	18	—	la vessie
	—	—	6	—	l'utérus
	—	—	4	—	le péritoine
	—	—	9	—	voies diverses (paroi abdominale, etc.

DELBET. *Loco citato.*

(2) BERNUTZ et GOUPIL. *Cliniques médicales sur les maladies des femmes*, 1862, t. II.

(3) POZZI. *Traité de gynécologie*, 3^e édition, 1897.

branes et des adhérences péritonéales l'isolent de la grande cavité séreuse.

Quant à la péritonite secondaire elle est presque toujours consécutive à une salpingo-ovarite suppurée. Il est du reste difficile dans ces cas de distinguer ce qui revient à la salpingo-ovarite et à la pelvi-péritonite : Les annexes suppurées flottent au milieu de l'abcès péritonéal.

Ces collections s'enkystent de plus en plus, les parois peuvent atteindre une telle épaisseur qu'on a la sensation d'une tumeur solide.

Le pus peut se résorber, mais cette terminaison est bien exceptionnelle, dans la majorité des cas il tend, tout naturellement à s'évacuer par ulcération.

Cette ouverture se fait de préférence dans l'intestin. Voici les cas relevés par Delbet :

- 19 dans l'intestin (dont 13 dans le rectum).
- 8 — péritoine
- 6 — vagin.
- 6 à la paroi abdominale.

La rupture ajoute Delbet peut se faire dans le vagin à la suite d'un toucher même très prudent.

La rupture à la paroi abdominale est moins fréquente que ces chiffres le feraient croire : il s'agit souvent de phlegmons du ligament large confondus avec une pelvi-péritonite suppurée, l'ouverture dans l'utérus, la vessie est exceptionnelle.

La pelvi-péritonite débute brusquement par une douleur vive, de la fièvre, de vomissements.

Le pouls est rapide, petit, irrégulier. Il y a de la sensibilité abdominale et du météorisme.

Le toucher fait sentir l'utérus immobilisé, on peut sentir

la tumeur à peine séparée de l'utérus par un sillon. Le palper ne donne le plus souvent aucun renseignement.

Lorsque l'abcès se forme et que le pus s'enkyste, les symptômes généraux s'amendent pour se réveiller lorsque la rupture doit se faire.

Ces abcès peuvent devenir chroniques, ils sont alors susceptibles de se réchauffer et de reprendre une allure aiguë, sous des influences parfois minimales.

CHAPITRE IV

Abcès du Foie

Les abcès du foie quelle que soit leur origine (traumatique, métastatique) occupent des localisations variables dans l'organe.

Le plus souvent unique et d'une grosseur moyenne qui dépasse rarement le volume du poing, l'abcès du foie se localise de préférence à la face convexe du foie, et dans le lobe droit.

Le pus est d'aspect variable, il varie suivant les diverses infections qui lui ont donné naissance.

Ces collections purulentes tendent aussi à s'ouvrir au dehors, le mode de rupture variera suivant la localisation de l'abcès, suivant la formation d'adhérences avec les organes voisins.

Le plus souvent ces abcès sont à peine enkystés par une membrane molle constituée par un lacis vasculo-fibrineux, d'autres fois cette membrane se double d'un feuillet externe véritable coque fibreuse.

La rupture survient par des mécanismes différents, tantôt purement spontanée, résultant de l'ulcération des parois,

tantôt favorisée par une cause extérieure, traumatisme ou effort.

Rendu(1) étudiant les diverses terminaisons des abcès du foie, sur un relevé de 563 cas trouve 344 non ouverts, et 83 ouverts par opération.

Sur les 169 qui se sont ouverts spontanément ou qui ont été rompus par traumatisme on trouve :

Ouvert dans le poumon.....	59
— — péritoine.....	39
— — plèvre.....	31
— — colon.....	41
— — estomac et duodéum	8
— à la région lombo-iliaque..	6
— dans les voies biliaires.....	4
— — reins.....	2
— — péricarde.....	1

La rupture dans le péritoine a pour conséquence, une péritonite purulente diffuse, rapidement mortelle, ou bien, si l'ouverture est de petite dimension, les adhérences ayant le temps de se former, il en résulte une péritonite enkystée qui peut se rompre à son tour.

La rupture dans la plèvre a pour résultat soit une pleurésie aiguë mortelle, soit une pleurésie purulente à marche insidieuse, soit un abcès pleural enkysté.

Abcès de la rate. — Ces abcès qui résultent de causes diverses : traumatismes, ou infections générales, (notamment l'impaludisme) sont généralement d'un diagnostic difficile, d'autant qu'ils impriment à la rate des déplacements notables.

(1) RENDU. *Dictionnaire encyclopédique des sc., médic., de Dechambre.* Article Foie.

Grand-Moursel (1) sur 21 cas de rupture trouve :

- 4 dans le poumon
- 3 — estomac
- 3 — colon
- 3 — veine splénique
- 3 — cavité péritonéale
- 2 — plèvre
- 1 — tissu prérectal
- 1 — vagin
- 1 à la paroi thoracique

Besnier (2) sur 14 cas trouve que la rupture se fait dans la proportion suivante :

- 3 à la paroi abdominale
- 3 dans la veine splénique
- 2 — tube digestif
- 2 — plèvre et poumon
- 1 — tissu cellulaire prérectal
- 1 à la paroi thoracique

(1) GRAND-MOUREL. *Thèse* Paris, 1885.

(2) BESNIER. Absès de la rate. *Dictionnaire Dechambre*.

DEUXIÈME PARTIE

COLLECTIONS NON SEPTIQUES

CHAPITRE I

Kystes de l'ovaire et du ligament large.

Sans chercher à établir de distinction entre les diverses variétés de kystes de l'ovaire, nous nous contenterons de rappeler brièvement les notions nécessaires pour comprendre la structure de ces kystes et pour en expliquer la rupture.

Les plus fréquents des kystes de l'ovaire sont les cysto-épithéliomes, qu'ils soient constitués par une poche unique, où qu'ils présentent plusieurs cavités (multiloculaires). Ils peuvent présenter un volume fort variable, suivant leur degré d'évolution ; il n'est pas exceptionnel qu'ils atteignent des dimensions considérables. Ils ont la forme d'un ovoïde plus ou moins régulier et une couleur blanc bleuâtre assez caractéristique (Rémy).

Leur paroi est constituée par deux couches ; l'extérieure fibreuse et très dense, l'interne vasculaire, riche en cellules.

L'épithélium qui tapisse la face externe est cubique, celui

qui tapisse la paroi interne est le plus souvent cylindrique.

Les kystes peuvent présenter des formes de transformation, soit que des formations tubulaires se développent dans les parois, soit qu'il s'y infiltre des bourgeons épithéliaux.

Dans d'autres circonstances les parois kystiques prennent une épaisseur inusitée qui peut donner le change avec une tumeur fibreuse.

Le contenu du kyste est généralement de couleur ambrée, parfois de couleur chocolat.

Tantôt sirupeux ou filant, tantôt semblable à de la gelée en passant par tous les intermédiaires, il se reproduit avec une grande rapidité après les ponctions.

L'évolution de ces kystes est fort variable, ils peuvent rester stationnaires pendant de longues périodes ; leurs parois peuvent s'incruster de plaques calcaires, où subir la dégénérescence graisseuse ; ils peuvent se résorber en partie ; s'enflammer et suppurer : se compliquer d'hémorrhagies, de torsions du pédicule, et enfin se rompre.

À côté de cette variété de kystes de l'ovaire nous ne ferons que citer les formes rares telles que les kystes hématiques, les kystes hydatiques et les kystes dermoïdes.

Le développement de ces kystes s'accompagne toujours de lésions de voisinage ou de déplacements d'organes : lésions de la trompe, adhérences, déplacements de l'utérus, de la vessie, *compressions*. Presque toujours en contact direct avec la paroi abdominale antérieure, ils rejettent en haut et en arrière la masse intestinale.

Il se développe souvent des adhérences péritonéales le plus souvent viscérales.

Le diagnostic peut être rendu très difficile : Le palper

abdominal qui doit être très prudent, révèle généralement sans difficulté l'existence d'une tumeur liquide. La percussion permet de circonvenir une zone de matité dont la différenciation d'avec les signes de l'ascite est classique. Notons toutefois que les kystes de l'ovaire peuvent se compliquer d'ascite. Le toucher bimanuel rend perceptibles les kystes de petit ou moyen volume.

Mais l'existence d'une tumeur étant admise, les difficultés commencent pour faire le diagnostic de sa variété.

Toutes les productions pathologiques du petit bassin peuvent prêter à confusion, de même la grossesse intra ou extra-utérine, la distension de la vessie, ... etc.

La rupture des kystes de l'ovaire peut survenir inopinément, c'est parfois une mode de guérison qu'il serait téméraire d'escompter. L'altération des parois est la cause la plus fréquente de cette rupture.

« *Le chirurgien, dit Nepveu (1), peut être la cause involontaire d'un semblable accident; la simple exploration des organes génitaux internes suffit pour le provoquer (Seymour : Richards). Il y avait alors dans les parois du kyste des altérations capables d'expliquer ces funestes résultats.* »

Le contenu s'épanche dans la cavité péritonéale, (c'est la règle dans les ruptures traumatiques) ou dans un viscère creux ou encore, mais exceptionnellement, il perfore la paroi abdominale.

Empruntons quelques chiffres au travail de Nepveu :

Sur 155 ruptures on trouve :

128 ruptures dans la cavité péritonéale (2)

(1) NEPVEU, *Annales de Gynécologie*, 1875.

(2) E. J. TILT. Cité par Béguin (*Thèse*, Paris 1880) sur 16 ruptures de kyste de l'ovaire on n'en trouve que 3 ouverts dans le péritoine contre 10 dans le rectum.

- 11 ruptures dans l'intestin (4 dans le rectum)
- 6 — la vessie
- 2 — le vagin
- 1 — l'utérus

7 perforations de la paroi abdominale.

Sur 127 cas de ruptures dans le péritoine on relève :

63 morts 50 0/0

21 disparitions temporaires

43 guérisons durables.

Sur 22 cas de rupture intra-péritonéale suivis de mort, bien observés on trouve :

6 morts subites

8 morts rapides (12 heures à 4 jours)

8 morts de 6 à 12 jours.

Sur 49 cas où la nature du liquide est mentionnée on constate :

Pus.....	19		19 morts
Sérosité.....	7		{ 5 guérisons 2 morts
Sang.....	4		
Cancer (?).....	4		4 morts
Liquide gélatineux..	7		7 morts
Kyste hydatique....	2		2 morts
— dermoïde	6		6 morts

Ces derniers chiffres n'ont pas une bien grande valeur statistique, car il ne se rapportent guère qu'à des cas où la terminaison fatale a permis l'examen du liquide. Les cas suivis de guérison échappant à l'observation.

D'autre part A. Chéreau (1) en 1847 publiait 70 cas de rupture de kystes de l'ovaire avec les chiffres suivants :

(1) A. CHÉREAU. *Union médicale*, (1847, p. 186).

Enfin 4 cas douteux.

Kystes du ligament large. — Ces kystes qu'on a appelé parovariens sont encore discutés quant à leur origine. Ils sont inclus entre les feuillets des ligaments larges, au milieu du tissu cellulaire.

Très variables comme volume, on en rencontre de la grosseur d'une noisette tandis que d'autres atteignent le volume de 15 litres.

Ils dépassent néanmoins rarement la valeur de 7 à 8 litres. Ils sont généralement uniloculaires et de forme sphérique.

Les parois souvent assez épaisses sont constituées par trois couches : une couche de tissu cellulaire lâche entre deux couches fibreuses.

Le contenu est un liquide clair et limpide comme de l'eau de roche surtout dans les grands kystes. D'autres contiennent un liquide visqueux plus ou moins coloré.

Ils sont difficiles à différencier des kystes de l'ovaire avec lesquels on les confond souvent. Comme eux du reste ils peuvent suppurer ou se rompre dans le péritoine.

Mais leur rupture est moins grave que celle des kystes de l'ovaire, souvent elle ne détermine aucun accident ; on lui a vu cependant causer la mort subite.

CHAPITRE II

Kystes hydatiques du foie, rate, etc.

Kystes du mésentère, etc.

Kystes hydatiques du foie. — Le foie est l'organe le plus souvent atteint par les kystes hydatiques.

Ils s'y développent sans affecter de localisations spéciales, mais le plus souvent ils prennent naissance dans la partie centrale de l'organe et n'atteignent la périphérie que par la suite de leur développement.

Comme tous les kystes hydatiques, ils sont constitués par une membrane mince, anhyste, la vésicule mère. Cette enveloppe est doublée extérieurement par un coque fibreuse en contact direct avec le tissu hépatique très vascularisé.

Cette coque peut atteindre 5 millimètres d'épaisseur, elle renferme dans sa cavité un liquide clair ou opalin où flottent le plus souvent des hydatides filles. Ce liquide normalement aseptique semble avoir des propriétés toxiques encore mal définies ; la rupture et la simple ponction de ces kystes donnent en effet lieu, parfois, à des poussées d'urticaire et peuvent même provoquer la mort très rapide (Chauffard).

Lorsque l'hydatide est morte, le kyste peut subir diverses transformations : la coque peut s'incruster de sels calcaires ; le liquide s'altère et parfois devient purulent ; enfin il peut se terminer par résorption mais exceptionnellement.

De toutes façons, ces kystes sont susceptibles de se rompre.

La rupture se produit suivant un mécanisme différent et avec des conséquences variables qui dépendent de la présence ou de l'absence d'adhérences périphériques.

Si le kyste est libre d'adhérences la rupture survient soit par le fait de son accroissement, soit par traumatisme, le liquide dans ce cas fait irruption dans le péritoine ou la plèvre.

S'il y a des adhérences, le liquide au lieu de se répandre dans ces grandes cavités séreuses se fait jour par ulcération dans l'organe adhérent au kyste : poumon et bronches, intestin, voies biliaires etc...

Les adhérences étant fréquentes, la rupture se fait généralement dans l'intestin et les bronches et rarement dans le péritoine et la plèvre.

Les statistiques de Davaine et Frerichs donnent :

23 ruptures dans les bronches contre 10 dans la plèvre.

23 — le tube digestif — 10 — péritoine.

Davaine (1) sur 166 cas de rupture donne :

22	dans le tube digestif
22	— poumon
9	— plèvre
8	— péritoine
8	— voies biliaires

(1) DAVAINÉ, *Traité des entozoaires*.

5 à la paroi thoracique
94 cas sans désignation nette

Letourneur (1) étudiant la rupture dans les voies digestives trouve sur 33 cas.

25 rupture dans l'intestin
4 — l'estomac
4 — voies biliaires

Citons les cas rares de rupture dans la veine cave, le péricarde.

Nous nous contenterons de citer ici les *kystes hydatiques de la rate*, dont Trinkler (2) a rassemblé 66 observations. Lainé (3) sur 18 kystes livrés à eux-mêmes trouve une rupture dans le colon et une rupture dans les bronches.

Les kystes du mésentère du pancréas, sont suffisamment rares pour ne point nécessiter d'étude spéciale.

(1) LETOURNEUR. *Thèse*, Paris, 1873.

(2) TRINKLER. *Revue de Chirurgie*, 1894.

(3) LAINÉ. *Thèse*, Paris, 1888.

CHAPITRE III

Grossesse extra-utérine

L'évolution de la grossesse extra-utérine, les accidents auxquels elle donne lieu, ses relations avec l'hématocèle pelvienne et l'hémato-salpingite, nous autorisent sans doute à la faire rentrer parmi les collections enkystées de l'abdomen qui font l'objet de notre étude. Elle est du reste susceptible de se rompre dans les mêmes conditions qu'elles.

De plus en plus fréquente depuis qu'on sait mieux la reconnaître, la grossesse extra-utérine présente plusieurs variétés suivant que l'ovule fécondé se développe dans la trompe, ou dans la cavité abdominale.

En quelque endroit qu'il se fixe, le kyste fœtal présente trois enveloppes : les deux enveloppes fœtales (chorion et amnios) et une enveloppe externe ou maternelle, qui, elle, varie suivant le lieu où l'œuf se développe.

Le plus souvent immobilisé par des adhérences le kyste fœtal a des rapports qui varient avec sa localisation.

La grossesse extra-utérine, avons-nous dit, peut être tubaire, ou abdominale.

1° Or la grossesse tubaire suivant qu'elle se développe dans la partie interne ou utérine de la trompe, dans sa partie moyenne ou dans sa partie interne est dite : interstitielle, tubaire proprement dite et tubo-abdominale.

Dans la grossesse interstitielle la rupture a lieu vers le 3° mois (14 fois sur 20).

Dans la grossesse tubaire proprement dite, la rupture survient entre la 8° et la 12° semaine ; elle se produit soit du côté du péritoine, et donne lieu à une hémorrhagie plus ou moins grave, soit du côté des ligaments larges et on a dès lors une hématoecèle extra-péritonéale.

La grossesse tubo-abdominale se développe en partie hors de la trompe et de ce fait est moins exposée aux ruptures précoces, elle peut même aller à terme. Le kyste fœtal dans cette variété, contracte des adhérences avec les organes voisins.

2° La grossesse abdominale enfin, est celle qui a le plus de chance d'aller à terme.

La terminaison presque constante de la grossesse extra-utérine, sauf les rares cas où elle va jusqu'à terme, est la rupture.

Cette rupture a des conséquences variables suivant l'organe où elle se produit, suivant l'âge de la grossesse, suivant enfin le contenu du kyste.

L'ouverture peut se faire à la paroi abdominale : c'est une terminaison relativement favorable ce serait le mode de terminaison pour $\frac{1}{5}$ des cas (1) ; ou bien dans l'intestin dans $\frac{1}{4}$ des cas, c'est une terminaison assez peu favorable puisqu'elle donne environ 60 % de mortalité.

Elle se fait encore dans le vagin, la vessie (7 à 8 %).

(1) MAIGRIER, *Thèse de Concours* 1886.

L'ouverture dans le vagin donne environ 30 % de mortalité. dans la vessie le pronostic est grave.

Enfin la rupture se fait dans le péritoine, c'est une grave complication. Deux cas sont à considérer :

a) La collection s'enkyste (hématocèle rétro-utérine.)

b) Elle se diffuse, la mort survient par hémorrhagie. Mais encore y-a-t-il lieu de distinguer suivant l'âge de la grossesse : si c'est au début, l'hémorrhagie peut être assez faible pour épargner la vie de la femme. Si elle est trop avancée l'hémorrhagie peut être foudroyante.

La mort en effet survient de trois façons dans ces cas :
1° subitement, et peut donner lieu à des expertises médico-légales (Brouardel).

2° Lentement par hémorrhagies successives.

3° Par péritonite subaiguë consécutive, soit immédiate, soit plus tardive.

Enfin il y a des cas non douteux de guérison (Maygrier).

Le pronostic de ces ruptures intra-péritonéales, livrées à elles-mêmes, n'est pas encourageant.

Sur 100 cas de Puech (1) 98 ruptures, 97 morts.

Sur 25 cas cités par Brown (2), 15 morts, Price (3) sur 174 ruptures trouve 54 morts par anémie aiguë.

Enfin Cestan (4) sur 77 cas relève 66 décès.

Le résultat varie encore avec le contenu du kyste : si le fœtus est mort et putréfié, une péritonite suraiguë suivra immédiatement la rupture dans le péritoine.

(1) Cité par NOTTA. *Progrès médical*, 1884.

(2) BROWN. *New-York méd. Soc.*, 1889.

(3) PRICE. *Amér. Journ. of obstet.*, 1892.

(4) CESTAN. *Loc. cit.*

CHAPITRE IV

Hématocèle pelvienne.

Suivant la localisation de l'épanchement sanguin entre les feuillets des ligaments larges ou dans la cavité péritonéale, l'hématocèle pelvienne répond à deux variétés : intra-péritonéale ou hématocèle rétro-utérine, et hématocèle extra-péritonéale.

Hématocèle rétro-utérine. — Mal connue autrefois dans ses causes, l'hématocèle provient le plus souvent d'une hémorrhagie tubaire consécutive à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

L'hémorrhagie tubaire peut encore survenir en dehors de la grossesse extra-utérine, dans des cas de pachy-péritonite et de salpingite ancienne (Bouilly Pozzi). L'ovaire kystique lui aussi peut être exceptionnellement le siège de l'hémorrhagie.

C'est une affection relativement rare qui s'observe chez les femmes de 25 à 35 ans.

Son siège ordinaire est le cul-de-sac postérieur entre l'utérus et le rectum ; elle se trouve isolée dans la cavité du péritoine par des adhérences qui forment, comme on l'a dit, une sorte de diaphragme pathologique.

D'après les expériences de Poncet, pour que cet enkystement se produise il faut une lésion préalable du péritoine; en effet du sang épanché dans un péritoine normal se résorberait sans aucune réaction inflammatoire. (Poncet).

Certains auteurs établissent du reste une relation entre les inflammations des trompes et la grossesse ectopique, cause principale de l'hématocèle, car l'altération inflammatoire des trompes ne va guère sans un certain degré d'inflammation péritonéale (1).

Le volume de l'hématocèle varie entre la grosseur du poing et celle d'une tête d'adulte ; souvent la trompe correspondante est rompue (rupture d'hémato-salpingite).

Le sang est noirâtre, sirupeux, comparé souvent à du raisiné, on trouve souvent un fœtus.

Le début est parfois subit : (« dramatique » de Bernutz. « Cataclysmique » de Barnes).

Quand l'épanchement s'enkyste le calme reparait.

L'hématocèle a plusieurs modes de terminaison : (2)

- | | | |
|---------------|---|-----------------------------|
| 1° Résorption | { | A. — Par résorption rapide. |
| | | B. — Etat chronique. |
| 2° Evacuation | { | C. — Rupture. |
| | | D. — Ouverture spontanée. |

Voisin (3) sur 23 cas d'hématocèle à terminaison spontanée cite :

- 5 Ruptures dans le rectum (par suppuration)
- 2 dans le vagin
- 4 dans le péritoine

Courty (4) sur 52 cas d'hématocèle utérine livrés à eux-même trouve :

(1) CESTAN. *Thèse*, Paris, 1894.

(2) JOUSSET. *Thèse*, Paris, 1883.

(3) VOISIN. *Thèse*, Paris, 1858.

(4) COMBY. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1872

26	fois la	résorption :	guérison
6	—	rupture intra-péritonéale :	mort
13	—	ouverture dans le rectum	
7	—	—	vagin : guérison

L'ouverture dans le rectum comporte un pronostic grave.

2° *Hématocèle extra-péritonéale*. — Cette variété d'hématocèle est causée par la rupture des veines du plexus utéro-ovarien soit que des varices préexistantes y prédisposent, soit qu'une congestion locale amène la dilatation de ce plexus. Les causes occasionnelles sont les traumatismes, la fatigue. On a noté l'hématocèle post-opératoire.

Elle est susceptible de suppurer et elle tend alors à s'ouvrir dans le péritoine.

TROISIÈME PARTIE

DE LA RUPTURE ; SES CAUSES ET SES CONSÉQUENCES.

Pourquoi se fait la rupture. — Nous avons dit dès le début que le palper abdominal ne saurait être rendu à lui seul responsable de la rupture des collections enkystées. Non point qu'appliqué avec imprudence et violence il ne puisse avoir des résultats désastreux, l'observation de M. Jalaguier en fait foi. Mais ce sont là des cas à ce point exceptionnels qu'il suffit de les noter afin d'en tirer l'enseignement qu'ils portent en eux-mêmes ; toutefois on ne saurait s'appuyer sur de tels faits pour étudier le mécanisme général des ruptures par palper abdominal.

Dans l'immense majorité des cas, nous dirions presque, dans tous, il faut pour réaliser la rupture un certain nombre de circonstances adjuvantes et c'est par leur réunion fortuite que se produit l'accident.

L'état des parois du kyste, tout d'abord, a une importance capitale. Certaines fois ces parois se trouvent amincies à un tel degré, que la moindre pression se trouve suffi-

sante pour amener la rupture. Tel le cas du D^r Mathews Duncan, cité par M^{me} Waite (1) ; il est évident que le palper pratiqué dans ces conditions amènera fatalement la rupture.

D'autres fois, et nous parlons ici des collections purulentes, les fausses membranes qui encapsulent le foyer suppuré peuvent, par un processus ulcératif quelconque, se trouver amincies et tendre vers la rupture spontanée ; ou bien encore l'enkystement est à sa période de début, les fausses membranes molles et glutineuses n'offrent qu'une minime résistance, on conçoit que la simple pression de palper soit suffisante pour amener la déchirure du kyste.

Evidemment, il serait prudent, et c'est là le conseil donné par tous les cliniciens, de s'abstenir du palper lorsqu'on soupçonne l'enkystement d'une collection purulente, l'exploration pratiquée à ce moment peut-être néfaste ; mais lorsque l'abcès déjà enkysté tend à s'ouvrir spontanément, il ne faut voir, lorsque la rupture se fait pendant le palper, qu'une coïncidence, coïncidence parfois heureuse, dirons-nous, car la rupture qui serait survenue quelque temps plus tard, en l'absence probable du chirurgien, survient ici pour ainsi dire sous ses yeux et nous verrons tout à l'heure à propos du traitement, l'importance qu'il y a dans une intervention immédiate.

En somme, nous pouvons dire que ces ruptures ne sont en général que des *ruptures spontanées déguisées* ; de même que ces cas où nous voyons incriminer comme cause de perforation, un léger mouvement, le fait de s'asseoir, un effort de toux, etc. Le palper, de même que ces légers traumatismes, est venu hâter simplement une terminaison imminente, en aucune façon on ne saurait dire qu'il l'a causé : il en a été la cause occasionnelle.

(1) Mme WAITE. *Thèse*, Paris, 1883.

L'accroissement rapide du contenu enkysté peut encore être une cause de rupture, l'extension des parois n'étant pas suffisante, ou des adhérences les immobilisant, il en résulte des tiraillements qui peuvent provoquer la déchirure. C'est là un mécanisme fréquent de rupture pour les kystes de l'ovaire et presque constant pour les grossesses extra-utérines.

Ce manque d'élasticité des parois est une cause fréquente de rupture spontanée et par conséquent de rupture par le palper.

L'inflammation des kystes, lorsqu'il s'agit d'une collection primitivement aseptique, ou une recrudescence de virulence du liquide purulent dans les autres cas, aura encore pour effet de mettre les parois en imminence de rupture, en altérant leur organisation et en augmentant la tension intérieure : c'est ainsi que des abcès enkystés chroniques peuvent se réchauffer et se rompre, des kystes de l'ovaire, des kystes hydatiques, etc., peuvent s'enflammer, suppurier, et dès lors tendre, comme tous les abcès, vers la rupture.

La situation de la collection dans la cavité abdominale, joue elle aussi un grand rôle : suivant sa localisation elle sera plus ou moins accessible à la palpation ; les collections pelviennes, à moins d'être volumineuses ne sont point accessibles au seul palper, il faut recourir au toucher bimanuel et la rupture ne se produira qu'autant que la tumeur sera pressée entre les deux mains.

Par contre, les abcès appendiculaires, par exemple, ordinairement faciles à atteindre, seront plus exposés, surtout si l'on songe à la défense musculaire qui rend nécessaire une pression plus forte pour sentir l'empâtement profond. Aussi rencontre-t-on ici des contre-indications au palper, et les auteurs formulent-ils des réserves.

« Nous croyons bon d'ajouter (1) que l'on devra pratiquer
« la palpation de l'abdomen avec précaution et seulement
« lorsque les autres signes ne permettent pas de faire le
« diagnostic. »

« La plupart du temps, d'ailleurs, la palpation ne donne
« aucun résultat utile, car la réaction musculaire s'oppose à
« la dépression de la paroi, et pratiquée avec obstination
« elle aurait les mêmes inconvénients que les purgatifs et
« les lavements. »

Du reste la seule constatation de cette défense musculaire a déjà une grande signification clinique (Dieulafoy).

En d'autres circonstances, la collection liquide se trouvant appliquée contre une paroi résistante, devient fort exposée à la rupture. Si au contraire elle se trouve entourée de toutes parts de tissus et d'organes souples qui, se laissant refouler, lui permettent de fuir la pression, la rupture sera infiniment plus difficile à provoquer.

Comment se fait la rupture ? Les collections enkystées de l'abdomen peuvent se faire jour en des directions fort diverses. Il faut tenir compte alors de la variété à laquelle elle appartient, de ses rapports immédiats et surtout des adhérences qu'elle a contractées.

Nous avons du reste cherché pour chaque variété de collections enkystées, ses divers modes de rupture.

CONSÉQUENCES DE LA RUPTURE. — Les conséquences de la rupture varient suivant que la collection rompue est septique ou non septique, et suivant les organes où s'est fait l'épanchement.

1° *Collections septiques.* — Elles peuvent, nous l'avons vu

(1) LECORNEY. *Thèse*, Paris, 1899.

se rompre dans le péritoine, dans un organe creux, à la paroi abdominale.

La rupture dans la cavité péritonéale est à peu près fatalement mortelle lorsqu'elle est livrée à elle-même.

La mort peut être subite, il en existe des exemples mais très rares.

Elle peut survenir très rapidement, en quelques heures par péritonite purulente suraiguë. Cette péritonite purulente suraiguë est plus souvent diffuse que généralisée, quelle que soit en effet la rapidité du processus suppuratif, le péritoine a presque toujours le temps de s'isoler en partie par des fausses membranes et des adhérences.

En avril et en mai 1897, la société de chirurgie a longuement discuté sur cette forme de péritonite, au point de vue de l'intervention.

« Je soutiens, disait M. Quénu, que les péritonites que
« l'on croit généralisées sont seulement très étendues, elles
« ont beau s'étendre du plancher pelvien au diaphragme,
« elles ne sont pas généralisées en ce sens que les anses
« intestinales sont agglutinées et que de la sorte elles se
« défendent contre l'infection en s'enkystant pour ainsi
« dire ».

Quoiqu'il en soit, que la péritonite soit très étendue ou généralisée, la mort en est le résultat rapide.

Dans une autre forme les accidents sont moins aigus : soit que des adhérences péritonéales anciennes forment une barrière qui s'oppose à la diffusion du pus, soit que la perforation très petite ne laisse échapper le pus que très lentement, soit enfin que la virulence des agents microbiens soit atténuée, la péritonite peut cette fois encore s'enkyster. Si son étendue est minime les accidents peuvent être

relativement bénins et l'on se retrouve dans la même situation que précédemment.

A ce sujet on peut se demander qu'elle est la plus grave, de la péritonite qui succède à la rupture d'une collection enkystée ou de celle qui résulte d'une perforation intestinale primitive. D'après l'expérience de Sonnenburg (1) celle qui succède à la perforation d'un abcès antérieurement collecté serait plus maligne en raison de la grande quantité des principes septiques versés en une seule fois dans le péritoine.

Suivant d'autres, la rupture primitive serait plus grave à cause de la virulence (2).

La rupture dans un organe creux, moins gravé et d'évolution moins rapide que la précédente, comporte cependant encore un pronostic sévère, la rupture dans l'intestin presque toujours accompagnée d'un grand soulagement immédiat a souvent pour conséquence la persistance de fistules, qui, par leur suppuration continuelle finissent par emporter le malade, de même, la rupture dans la vessie encore plus grave. Le résultat est assez favorable lorsqu'elle se fait dans le vagin. Citons encore les formes spéciales aux abcès du foie : l'ouverture dans le poumon ou la plèvre :

L'ouverture dans la plèvre a tantôt pour résultat une pleurésie purulente rapidement mortelle ou une pleurésie à marche insidieuse, soit enfin une pleurésie enkystée.

Dans les bronches, l'ouverture détermine une vomique.

Dans ce cas, le malade est souvent emporté par la longue durée de la suppuration.

Enfin, la rupture par la paroi abdominale est une des ter-

(1) SONNENBURG et FINKELSTEIN. *Deut. Zeitsch. F. Ch.* B. xxxviii, 1894.

(2) POIRIER. Société de Chirurgie. *Bulletin* du 6 juillet 1898.

minaisons les plus favorables, mais c'est une des plus rares et des plus tardives, on ne l'observe guère de nos jours.

2° *Collections non septiques.* — Parmi ces collections il y a lieu de distinguer, au point de vue des conséquences entre les kystes (séreux ou hydatiques) et la grossesse tubaire.

Lorsqu'un kyste se rompt dans le péritoine, plusieurs cas peuvent se présenter :

La statistique de Nepveu et celle de Chéreau, pour les kystes de l'ovaire, donnent cette terminaison comme la plus fréquente. Or, elle entraînerait la mort dans une proportion de 50 %. (Nepveu). La mort peut-être subite (6 fois sur 22), rapide, en moins de 4 jours (8 fois), en 6 ou 12 jours (8 fois). La rupture dans les autres organes, sauf dans le tube digestif, est d'un pronostic moins sévère.

Pour les kystes hydatiques du foie (1) les lieux d'élection de la rupture sont : le tube digestif et le poumon, la rupture dans le péritoine ou la plèvre est relativement rare (3 sur 72).

Les conséquences sont variables, tantôt survient la mort subite par une sorte d'intoxication, tantôt une péritonite subaiguë; tantôt aucun accident.

La rupture dans les voies digestives amène fréquemment la suppuration du kyste perforé.

L'absence de statistique pour les autres variétés de kystes ne nous permet pas d'établir de pronostic. Les conséquences peuvent être cependant considérées comme assez semblables à celles que nous venons de voir.

Grossesse extra-utérine.— La rupture de la grossesse extra-utérine se fait pour un quart de cas dans l'intestin, pour 1/5 à la paroi abdominale (Maygrier). Elle se fait

(1) DAVAINÉ. L. c.

encore dans le tube digestif, la vessie ou le vagin. (7 à 8 %).
Le reste du temps dans le péritoine.

La rupture dans le péritoine peut amener la mort subite ou assez lente par hémorrhagie, ou par péritonite suraiguë.

Enfin elle peut n'amener que des accidents passagers, soit que le sang s'enkyste (Hématocèle pelvienne), soit que l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même.

La rupture à la paroi abdominale expose à l'infection et à des fistules intarissables, de même que l'ouverture dans la vessie, le vagin et l'intestin.

L'ouverture intra-péritonéale est fort grave : en réunissant les chiffres que nous avons trouvés dans les auteurs (1) nous relevons sur 374 cas de rupture le chiffre de 232 morts.

Quant à l'hématocèle intra-péritonéale, sur 37 cas que nous trouvons (2), on note :

18	Ruptures dans le rectum.		
10	—	—	péritoine.
9	—	—	vagin.

(1) PEUCH. BROWN. PRICES. CESTAN. *Loc. cit.*

(2) VOISIN. COURTY. *Loc. cit.*

QUATRIÈME PARTIE.

TRAITEMENT

Il y a lieu, encore ici, de maintenir la distinction entre les collections septiques et les collections non septiques, les indications opératoires variant suivant que nous aurons affaire à l'une ou à l'autre de ces variétés.

Collections septiques. — Le résultat de la rupture d'une collection purulente dans le péritoine est la production d'une péritonite purulente suraiguë.

Or quelle conduite doit être suivie dans ce cas ? Aujourd'hui l'accord est fait : peu importe de savoir si la péritonite est diffuse ou généralisée, il n'y a qu'une seule indication, formelle, exclusive : l'intervention chirurgicale par la laparotomie.

Déjà en 1886, Truc dans sa thèse d'agrégation disait : « Dans les cas de rupture de tumeurs purulentes dans l'abdomen, une intervention rapide peut seule donner un « résultat favorable ».

En effet la rapidité dans l'intervention est un des plus puissants facteurs de la réussite. Chaque heure qui s'écoule enlève des chances de succès. L'inflammation péritonéale

fait des progrès si rapides que souvent le chirurgien intervient alors que des lésions irrémédiables se sont déjà produites.

Et c'est en se pénétrant de cette nécessité d'opérer le plus rapidement possible que les résultats de l'intervention dans le cas de péritonite purulente, s'amélioreront ; or nous nous trouvons ici dans des conditions toutes particulières : c'est sous la main du chirurgien que survient la péritonite, il en saisit l'éclosion et il lui est possible d'intervenir dans des conditions pour ainsi dire idéales de rapidité.

Et certes il n'y a pas une minute à perdre, ne voit-on pas dans notre observation I, que les anses intestinales étaient déjà rouges et vascularisées ; cependant l'intervention, avait été pratiquée à *peine une heure* après la rupture de la poche. On conçoit ce qui fut arrivé si on avait tardé quelques heures.

Nous insistons, car c'est une occasion unique où il soit permis au chirurgien d'intervenir avec autant de rapidité et par conséquent avec autant de chances de succès.

« Dans la péritonite suppurée généralisée, a dit Gérard-Marchant, la guérison sera due à 3 facteurs :

1° La nature de la péritonite, le degré de virulence des agents microbiens.

2° Le moment de l'intervention, sa plus ou moins grande rapidité.

3° La technique opératoire.

Nous venons de voir ce que nous pensions de la rapidité dans l'intervention.

La nature de la péritonite a en effet un rôle important, mais ici, où nous ne considérons que les péritonites purulentes consécutives à la rupture d'un abcès chaud, il y a

surtout à tenir compte de la virulence microbienne et de la résistance variable du péritoine.

Quant à la technique opératoire c'est une question assez délicate qu'il ne nous appartient en aucune façon de trancher.

La laparotomie s'impose, mais comment conduira-t-on l'incision, quelle conduite suivra-t-on pour évacuer le plus complètement possible le pus qui baigne le péritoine ?

En tous cas des faits sont bien acquis ; c'est la nécessité, en outre de l'incision exploratrice, de contre-incisions libératrices.

Cette multiplicité des incisions, préconisée notamment par M. Berger, permet d'assurer un drainage plus parfait de la cavité péritonéale ; ce sont en somme des incisions de drainage.

Mais suffit-il d'inciser, d'évacuer et de drainer ; d'aucuns admettent la nécessité d'un lavage et d'une « toilette » du péritoine, lavage pratiqué avec de l'eau bouillie ou salée à la température du corps et « toilette » qui consiste à éponger le mieux possible la cavité péritonéale à l'aide de compresses stérilisées. Cette conduite suivie par un grand nombre de chirurgiens n'est pas universellement admise.

Enfin, il faudra dans la mesure du possible et en évitant de trop prolonger une intervention aussi grave, s'efforcer de désinfecter le foyer purulent, suturer s'il y a lieu la perforation intestinale ou appendiculaire, supprimer les annexes suppurées.

Lorsque la rupture se fait dans un viscère creux la rapidité dans l'intervention et même l'intervention ne sont plus toujours de rigueur.

Là, au contraire, il ne faut pas se hâter, c'est en effet souvent une terminaison heureuse, terminaison que l'on

recherchait autrefois alors que la méthode antiseptique et aseptique ne permettaient pas de se hasarder dans le péritoine.

Si des fistules persistantes en résultaient, si des accidents apparaissaient, ainsi que cela peut avoir lieu, lorsque la rupture se fait dans la vessie, une intervention serait indiquée; intervention qui naturellement varierait suivant les circonstances.

Collections non septiques. 1° kystes séreux et hydatiques.

Lorsqu'un kyste se rompt dans le péritoine il peut n'en résulter aucun accident, ce sont des cas heureux mais rares; d'autres fois ils amènent la mort subite et le chirurgien est désarmé. Mais bien plus souvent ils déterminent des accidents péritonéaux d'une allure plus lente, une péritonite subaiguë évolue et l'intervention peut être nécessaire. Dans ces cas il n'est pas toujours, rarement même, indiqué d'intervenir précipitamment; parfois les phénomènes se calment, la guérison survient. Mais ces cas demandent une grande surveillance : sitôt que par la marche des symptômes il devient visible que la péritonite gagne du terrain, l'intervention s'impose immédiate.

Déjà en 1883, Hue (1) parlant de la péritonite consécutive aux ruptures de kystes de l'ovaire disait : « Elle est l'indication d'une prompte intervention chirurgicale et cette intervention n'a rien d'une témérité outrée ».

On en profitera pour agir contre le kyste lui-même afin d'éviter sa récurrence et on le traitera suivant les cas soit par l'extirpation, soit par la marsupialisation, soit par le capitonnage (Delbet).

(1) HUE. Thèse; Paris, 1883.

Si l'ouverture se fait dans un viscère creux on s'abstiendra ou on agira suivant les symptômes, il est impossible de tracer des règles fixes pour des cas aussi divers.

2° Grossesse extra-utérine.

Le danger, dans la rupture de la grossesse tubaire résulte de deux causes : la péritonite et surtout l'hémorrhagie.

Il y a des cas de mort subite et qui par conséquent échappent à tout traitement. Mais ils sont exceptionnels. Aussi, dit Maygrier (1), dans l'immense majorité des cas une intervention hâtive aura-t-elle chance d'être couronnée de succès.

S'il y a rupture avec inondation péritonéale il n'y a pas de divergences d'opinion. Ainsi que le disait tout dernièrement M. Routier (2) la laparotomie est la seule opération, elle permet de reconnaître la source de l'hémorrhagie, de lier les vaisseaux qui donnent et d'extirper la poche fœtale.

On pratiquera soit un tamponnement à la Mikulicz soit mieux encore un drainage.

S'il y a des accidents de péritonite la même conduite est recommandable.

Enfin si l'hémorrhagie s'est enkystée, s'il y a eu production d'une hématocele pelvienne sans accidents menaçants, la temporisation est indiquée et la résorption survient le plus souvent.

La conduite dans les cas d'ouverture dans les viscères creux n'est pas soumise, là encore, à des règles précises et dépendra des circonstances.

(1) MAYGRIER. *L. c.*

(2) Société de Chirurgie, Séance du 21 mars 1900.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

*Rupture d'abcès appendiculaire au cours du palper abdominal.
Laparotomie immédiate. Guérison,* par M. F. CATHELIN et
G. LÉVESQUE. Internes des Hôpitaux de Paris.

Il s'agit d'un enfant âgé de 8 ans, André L., entré le 13 mai 1898 à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer dans le service de notre maître M. le docteur Ménard.

Il ne présentait alors aucune lésion grave mais était faible et anémique, venant chercher à Berck les bienfaits de l'air marin.

Ses parents se portent bien : sa mère, de mine florissante, a eudix enfants, et le père n'a jamais eu aucune maladie.

Quant à l'enfant il a eu très jeune vers l'âge de deux à trois ans des végétations adénoïdes avec violentes épistaxis et des ganglions au niveau du cou ; il a contracté en outre la rougeole il y a quatre ans et les oreillons il y a deux ans, sans aucune complication. On ne relève pas d'autres affections dans son passé pathologique et nous n'avons rien trouvé du côté de l'abdomen : il n'a jamais eu de douleurs de ventre.

Son état de santé depuis son arrivée à Berck n'avait donné lieu à aucune inquiétude jusqu'au 17 juillet dernier, où l'enfant fut subitement pris de coliques avec diarrhée et douleurs à la défécation. On lui donna deux grammes de salicylate de bismuth en poudre et il n'en continua pas moins à jouer avec ses petits camarades.

Le lendemain 18, on le laissa couché, car la température du soir s'était élevée à 38° et le 19 à la visite du matin, on lui trouve la

(1) *Echo médical du Nord*, 2 octobre 1898. (p. 477),

figure un peu fatiguée sans que le malade souffre beaucoup du ventre.

Il se plaint seulement de légères douleurs à droite et de ne pas avoir uriné depuis la veille.

A l'examen le ventre est peu tendu, mais à la palpation on trouve au niveau de la fosse iliaque droite une véritable tumeur, mobile latéralement, fluctuant peu, mais avec vive douleur au point de Mac Burney, ce qui nous fait croire à une appendicite.

Le vessie paraissant assez grosse on sonde le malade *puis on détermine des pressions prudentes pour favoriser l'expulsion de l'urine. On sent alors immédiatement quelque chose se crever dans le ventre donnant la sensation d'une poche qui se rompt et fuit sous la main exploratrice*, puis le malade rend aussitôt par la sonde une certaine quantité d'urine.

On diagnostique « rupture de poche appendiculaire » et M. Ménard se décide à laparotomiser sur l'heure.

La stérilisation des instruments et des compresses demande à peine une heure et pendant ce temps le malade change de figure : les traits deviennent tirés et s'altèrent ; on note des hoquets, de très vives douleurs de ventre et un vomissement jaune verdâtre.

Opération. Pour les facilités de l'exploration et du drainage on commence par faire une laparatomie médiane de 12 centimètres et dès l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide purulent d'odeur stercorale ce qui était en faveur d'une perforation intestinale. Les anses grêles apparaissent rouges et congestionnées.

On fait alors une contre-incision iliaque droite et le cæcum montre aussitôt sa face postéro-interne de couleur verdâtre d'où part l'appendice qui est assez gros pour en imposer un moment pour l'intestin grêle. Il a une position interne descendante : on l'isole après des manœuvres assez laborieuses puis on le résèque au bistouri et on touche la surface cruentée au thermo-cautère.

Cela fait on procède au lavage de toute la cavité abdominale en y introduisant par une longue canule deux litres d'eau tiède qu'on cherche à faire pénétrer partout en soulevant la paroi entre les deux incisions et en brassant les anses intestinales.

On suture enfin les deux plaies sauf l'extrémité inférieure de la seconde par où on introduit deux gros drains qui descendent

jusqu'au fond de la fosse iliaque. Pansement antiseptique compressif.

Pièce anatomique. L'appendice enlevé a une longueur de six centimètres ; il est gros, rouge, congestionné et montre deux perforations larges comme un grain de mil à sa partie moyenne mais son extrémité libre est saine.

A travers l'une des perforations apparaît une petite masse stercorale jaunâtre de la grosseur d'un pois.

A la coupe la surface interne est rougeâtre, irrégulière, mamelonnée, sans rétrécissement de la lumière du canal.

Suites opératoires. — On fait prendre à l'enfant dès son réveil une pilule d'extrait thébaïque de 0 gr. 01, puis toutes les demi-heures jusqu'au nombre de neuf pilules.

On lui donne seulement quelques cuillerées à café de champagne.

Le soir la température monte à 39°5, le poulx est plein, régulier, la langue humide, les yeux vifs. Il n'y a ni ballonnement de ventre, ni douleurs abdominales. Il n'y a après l'opération aucune tendance au refroidissement, de sorte que nous n'avons pas eu recours comme d'habitude aux injections de sérum artificiel.

Mercredi 20 juillet. — La nuit a été bonne, l'enfant n'a pas souffert ; seulement quelques douleurs abdominales vagues et intermittentes, plutôt une gêne qu'une douleur toutefois il a très peu dormi. Urines excessivement troubles.

Temp. m. = 38,2 temp. V. = 38.5.

On calme la soif de l'enfant avec de l'eau de Vichy, et le soir, pour lui procurer un peu de sommeil on lui fait prendre quelques cuillerées d'une potion morphinée.

Jeudi 21 juillet. — Les urines sont toujours excessivement troubles, mais l'analyse n'y montre que des phosphates. l'enfant a vom pendant la nuit et paraît abattu : le poulx est irrégulier, fréquent, dépressible mais il n'y a pas de douleurs abdominales. Le petit malade s'endort dans le courant de la journée et au réveil vers deux heures de l'après-midi, nous le trouvons beaucoup mieux. Le poulx est redevenu plein et régulier, le facies est bon. On donne une cuillerée d'eau de Vichy et de lait. Potion morphinée le soir.

Temp. m. = 37.6. Temp. V. = 37,8.

Vendredi 22 juillet. — Les urines sont devenues claires et limpi-

des. On administre le soir un lavement qui provoque une selle. On continue à alimenter l'enfant avec du lait et de l'eau de Vichy.

Temp. m. = 37.5. Temp. V. = 38.5.

Samedi 23 juillet. — La nuit a été bonne ; l'enfant a bien dormi, on supprime la potion morphinée.

Premier pansement : suintement abondant à odeur stercorale. On retire les deux drains laissés dans l'incision iliaque et l'on n'en remet qu'un seul.

Temp. m. = 36.8. Temp. V. = 37.9.

Dimanche 24 juillet. — L'enfant accuse des douleurs dans l'aîne du côté droit, douleurs peu violentes à son dire et intermittentes. On ne provoque aucune douleur à la pression.

Temp. m. = 37.4. Temp. V. = 37.6.

Lundi 25. — Temp. m. = 38. Temp. = 38.5.

Mardi 26. — Deuxième pansement, suintement à odeur stercorale. La pression sur la paroi abdominale fait sourdre du pus par l'orifice des drains et par l'extrémité inférieure de la plaie médiane. On enlève les fils, sauf quelques-uns cutanéomusculaires qu'on laisse en place pour plus de sûreté, dans la partie inférieure de l'incision médiane on place alors un drain pour faciliter l'écoulement du pus et la paroi abdominale est soutenue au niveau des incisions par quelques bandelettes de gaze iodoformée enduites de collodion.

Temp. m. = 38. Temp. V. = 38,6.

Mercredi 27. — Temp. m. = 37.6 Temp. V. = 37.8.

On continue le lait et l'eau de Vichy.

Jeudi 28. — Troisième pansement. Le suintement a perdu son odeur stercorale. Le pus s'écoule par le drain iliaque, le drain suspubien n'en laissant passer qu'une quantité minime.

Temp m. = 37.5. Temp. V. = 37.3.

Vendredi 29. — Nuit très bonne ; c'est la première que l'enfant passe sans se réveiller.

Temp. m. = 37.3 Temp. V. = 37.1.

Samedi 30. — Nuit également très bonne. On donne un peu de bouillon et un œuf sans pain. L'enfant ne se plaint plus de douleurs abdominales.

Les jours suivants le malade est alimenté avec du bouillon et des œufs sans pain.

Le mardi 2 août. — Quatrième pansement. On ne laisse qu'un drain dans la plaie iliaque. Il y a un suintement peu abondant.

Jeudi 4. — On commence à alimenter l'enfant avec un peu de poulet ; les jours suivants, il recommence à manger de la viande. Toutefois il ne va à la selle qu'à l'aide de lavements. On prescrit une cuillerée d'huile de ricin pour le lendemain matin. Depuis ce jour l'enfant va régulièrement à la selle tous les jours sans lavement.

Mardi 9 août. — On laisse encore un petit drain dans la plaie iliaque et les incisions sont complètement cicatrisées à part l'ouverture du drain.

25 août. — Plus de drain, on peut considérer l'enfant comme guéri.

OBSERVATION II (1)

Appendicite ulcéro-perforante, péritonite suppurée consécutive, laparotomie et drainage ; mort. — (Observation résumée).

Boi..., né en 1864, forgeron, pas d'antécédents pathologiques.

Le 12 août 1891, en buvant un verre d'eau, il ressent une vive douleur dans la fosse iliaque droite, à 5 1/2 du soir. Il dîne comme d'habitude. La nuit il ressent de violentes coliques avec constipation.

13 août. — Il se présente à la visite se plaignant de coliques et de douleurs dans la fosse iliaque droite, il a de la fièvre et est constipé.

Un purgatif salin détermine six selles.

15 août. — La fièvre et les douleurs persistent ; il est envoyé à l'hôpital militaire de Tunis.

Il a toujours des coliques, il est constipé depuis sa purgation. Nous tentons d'explorer sa fosse iliaque droite mais les muscles de la paroi abdominale se contractent immédiatement et nous ne pouvons rien sentir de net, température : 38. 8.

16 août. — Température : 38. Ventre tendu et douloureux pas de vomissements. Selle après un purgatif.

17 et 18 août. — La température oscille entre 38 et 39. Le pouls à 80, est normal.

(1) LOISON. *Revue de chirurgie*, 10 janvier 1895.

19 août. — La fièvre persiste. *Pendant une tentative d'exploration de la fosse iliaque, on sent tout à coup une sorte de gargouillement sous la main et en même temps le malade accuse au niveau de la région épigastrique une violente douleur qu'une injection de morphine ne parvient pas à calmer. La face est pâle.*

P. : 95, assez fort.

Dans l'après midi le thermomètre monte à 38.6. Le pouls à 150, est petit. Le corps est couvert de sueurs. Le facies grippé, la langue sèche. Eructations fréquentes. Douleur épigastrique vive. Pas de ballonnement du ventre.

Chloroforme. Laparotomie. Incision de dix centimètres le long du bord externe du muscle grand droit du côté droit. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule 150 à 200 grammes de pus jaune verdâtre à odeur fécaloïde.

Le foyer purulent est limité en dehors par la paroi abdominale, en dedans par des anses intestinales agglutinées entre elles par un exsudat fibrineux.

Un diverticule purulent se dirige vers le fond du petit bassin. D'autres diverticules conduisent dans la direction de l'ombilic.

On écarte doucement avec le doigt les anses d'intestin grêle qui se présentent et on donne issue au pus et aux fausses membranes fibrineuses qui les séparaient.

Grand lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie : nettoyage de tous les diverticules ouverts. Les anses visibles de l'intestin grêle sont rouges, dépolies, tapissées d'exsudats. On n'arrive point à découvrir l'appendice iléo-cæcal. Le péritoine est épongé à l'aide de gaze stérilisée et une mèche de gaze iodoformée est introduite dans le petit bassin. Suture des trois-quarts supérieurs de la plaie. L'opération dure une heure et demie.

Au réveil le pouls est petit. On fait deux injections d'éther.

La nuit se passe mauvaise.

Le 20 août : mort à 5 h. du soir.

A l'autopsie, il s'écoule de la cavité abdominale une grande quantité de liquide stercoro-purulent, les anses intestinales sont rouges, agglutinées entre elles. Le grand épiploon est adhérent aux intestins et au péritoine pariétal. La suppuration est diffuse ; on trouve du pus dans le petit bassin, autour de la rate, de l'estomac, du foie, une

loge contenant environ un litre de plus existe entre la face supérieure du foie le colon ascendant et la partie droite du colon transverse.

L'appendice iléo-cæcal est caché en arrière du cæcum, dans l'angle iléo-colique, la partie terminale est gangrénée et présente plusieurs ulcérations. Elle contient un corps étranger du volume d'un noyau de cerise.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. JALAGUIER.)

*Abcès appendiculaire rompu au cours du palper abdominal ;
péritonite diffuse. Laparotomie. Mort.*

A..., Théophile, âgé de 10 ans, est un enfant nerveux et maladif dont le père et la grand-mère maternelle sont morts de tuberculose pulmonaire. Le 25 février, il est pris de douleurs abdominales qui vont en augmentant et s'accompagnent de fièvre, et de vomissements le 27.

Il entre à l'hôpital le 29 dans le service de M. le docteur Legroux qui trouve tous les symptômes de l'appendicite avec douleur localisée, empatement de la fosse iliaque. etc.

Le 3 mars, après la visite du matin et malgré la défense expresse du chef de service, plusieurs élèves pratiquent le palper abdominal. Immédiatement après et subitement, les douleurs augmentent et tous les signes d'une péritonite aiguë apparaissent.

Le lendemain M. Legroux constatant l'existence d'une péritonite généralisée fait passer le malade en chirurgie.

A ce moment le ventre est très ballonné, les douleurs généralisées, la paroi abdominale œdématiée avec des veinosités marquées à droite.

La température qui restait au voisinage de 39° les jours précédents est descendue à 37°6. Le pouls mauvais est à 130.

Laparotomie par M. Jalaguier.

Incision médiane, les différentes couches de la paroi sont infiltrées et à l'incision du péritoine il s'échappe une grande quantité de pus venant surtout des fosses iliaques et du bassin. Dans la fosse

iliaque gauche ou il se dirige tout d'abord, M. Jalaguier trouve des trainées purulentes récentes qui le conduisent directement dans la fosse iliaque droite où il constate la présence d'un abcès retro-cæcal rompu.

Les anses intestinales sont recouvertes de fausses membranes purulentes, on ne sent pas l'appendice. On place trois drains allant au cæcum, à la fosse iliaque gauche, au bassin, bandelette de gaze salolée.

Pansement. — Le soir, malade très affaibli, quelques vomissements, température : 38°.

Le lendemain, pansement sans retirer les drains. Le ventre est toujours ballonné.

Même chose les jours suivants. Le drain allant au cæcum donne seul lieu à un écoulement de sérosité très fétide, on le laisse, mais on enlève les deux autres le 12.

L'état général devient de plus en plus mauvais et le malade meurt le 14.

À l'autopsie on trouve les anses intestinales distendues, agglutinées les unes aux autres, il existe un petit foyer purulent derrière l'S iliaque, communiquant avec la cavité pelvienne qui, elle, est remplie de pus, le drain n'ayant pas fonctionné.

Le cæcum est distendu, l'appendice situé à sa partie postérieure est gangrené dans toute l'étendue de son tiers périphérique et représenté par des filaments noirâtres, la partie saine en est séparée par une section nette.

En dehors on trouve un petit corps étranger allongé, très régulier composé de couches concentriques sans noyau au centre ; dans l'intérieur du cæcum dont la partie postérieure est très congestionnée on trouve de gros caillots sanguins et quelques trichocéphales.

OBSERVATION IV (1)

Péritonite aiguë survenue à la suite de la compression de l'ovaire gauche chez une hystérique. Mort. Par J. COMBY, interne des hôpitaux.

D..., Alphonsine, 18 ans, couturière, entre le 6 avril 1880, à

(1) *Bulletin de la société anatomique*, 1880, p. 295.

l'hôpital Lariboisière, service de M. Proust, salle Sainte Marie n° 21.

Cette jeune fille habituellement bien portante a été réglée à 16 ans. Depuis un an elle a des attaques d'hystérie : boule hystérique, grands mouvements, etc. Elle est entrée déjà à l'hôpital Necker et à l'hôpital Tenon.

Elle présente une hémi-anesthésie complète du côté gauche portant sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux : vue, goût, ouïe, odorat,

Parmi les couleurs, l'œil gauche ne peut distinguer que le rouge.

L'ovaire gauche est très sensible à la pression ; on peut en exerçant une pression sur cet ovaire provoquer une attaque, de même qu'on peut l'arrêter lorsqu'elle s'est déclarée spontanément.

8 avril. — L'application de deux aimants à gauche ramène en quelques minutes la sensibilité générale et spéciale de ce côté ; mais par contre l'hémi-anesthésie passe à droite : il y a transfert. Les aimants sont retirés et bientôt l'hémi-anesthésie repasse à gauche.

14 avril. — La malade a une grande attaque : *on lui comprime l'ovaire gauche avec beaucoup de modération en se servant de la main, l'attaque cesse, mais il persiste un peu de sensibilité dans le ventre.*

15 avril. — La douleur abdominale est plus aiguë, elle se généralise, le ventre se ballonne et des vomissements bilieux apparaissent.

16 et 17 avril. — Tous les accidents s'aggravent ; le ventre devient sensible à la moindre pression, la face est pâle et anxieuse, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides. La malade n'ayant pas uriné depuis plus de 24 heures, nous pratiquons le cathétérisme et nous ne retirons que quelques gouttes d'urine.

La mort arrive le 17 avril à 4 heures du soir, trois jours après la compression de l'ovaire.

Autopsie le 19 avril. — Péritonite généralisée avec épanchement purulent dans la cavité péritonéale. Dans le petit bassin le pus est plus abondant et plus épais, et l'on aperçoit des fausses membranes récentes et très vasculaires qui unissent l'utérus à la vessie.

Le maximum des lésions a nettement pour siège l'appareil

utéro-ovarien. Les ovaires et les trompes, ainsi que la partie supérieure de l'utérus sont recouverts de fausses membranes vasculaires, les lésions prédominent sur l'ovaire gauche. Les ganglions lombaires sont altérés ; à l'union de la veine rénale gauche et de la veine cave existe un gros ganglion suppuré. La dissection des ligaments larges faite avec le plus grand soin par M. Mayor qui a bien voulu nous prêter son précieux concours montre du côté droit une traînée lymphatique suppurée.

Les ovaires sont manifestement ramollis et congestionnés à un fort degré.

Le cul-de-sac utéro-rectal présente le déplissement du péritoine sans fausses membranes et sans exsudat d'aucune sorte.

Incisant l'utérus nous voyons sa cavité remplie par un liquide grisâtre, peut être purulent. La muqueuse utérine présente en certains points, notamment au niveau des orifices des trompes et des arbres de vie une injection vive. La pression sur les trompes donne issue à un liquide analogue à celui de la cavité utérine.

Le vagin offre aussi dans son intérieur, le même liquide sale mais ne présente pas de lésions de la muqueuse, de telle sorte que pour nous ces altérations sont cadavériques ou récentes et dans tous les cas, d'ordre secondaire.

Remarques. Le point de départ de la péritonite est évidemment dans les ovaires et surtout dans l'ovaire gauche. La pression exercée sur le ventre a-t-elle été la cause de ces accidents ? Nous nous contenterons de relever la coïncidence : 14 avril compression de l'ovaire gauche chez une hystérique jusque là très bien portante ; 15 avril, péritonite ; 17 avril, mort.

Nous croyons qu'un tel fait peut se passer de commentaires.

OBSERVATION V (1)

Abcès du ligament large ; rupture dans le vagin à la suite d'un toucher ; mort par maladie intercurrente.

Le 24 Juin 1843 entre à la Pitié la nommée M. couturière âgée de 30 ans.

(1) VERJUS. Thèse, Paris 1844.

Comme la malade accuse des douleurs dans le bas ventre nous sommes amené à examiner cette partie avec soin.

À gauche on perçoit assez profondément une tumeur ovalaire de la grosseur d'un œuf de poule, dure, rétinente, fixe, affectant la direction du ligament de Fallope.

Par le toucher vaginal on reconnaît que cette tumeur siège dans les annexes de l'utérus, duquel elle est séparée par un sillon. *Pendant l'exploration, du pus s'écoule par le vagin (une cuillerée environ).*

M. Gendrin diagnostique : abcès du ligament large.

La malade tuberculeuse avancée meurt le 6 juillet.

Autopsie : Abcès à parois épaisses (3 lignes) obstruction de la trompe gauche; ovaire transformé en poche; ouverture dans le cul-de-sac gauche du vagin. Pus grisâtre.

OBSERVATION VI (1)

Annexite suppurée. Exploration par palper. Péritonite localisée. Guérison.

Il nous arriva un jour, à propos d'une malade qui désirait se lever, d'explorer attentivement l'hypogastre; nous ne déterminions pas de douleurs en pressant sur les divers points de la face antérieure de l'utérus. Nous cherchâmes alors, selon le précepte de M. Béhier, vers les angles, et *nous étions en train d'explorer les annexes, quand tout à coup, la femme se plaignit de douleurs vives, aiguës, dans le point que nous venions d'examiner.* Des symptômes non douteux de péritonite se déclarèrent. Mais les désordres se localisèrent et la malade finit par guérir.

OBSERVATION VII (2)

Rupture et perforation d'abcès de la trompe

Femme dont la menstruation est régulière mais très douloureuse. Dans l'espace de 5 ans elle a 3 grossesses heureuses.

(1) FONTAINE. *Thèse*, Paris 1869.

(2) SEUVRE *Thèse*, Paris 1874.

Depuis la dernière elle a des métrorrhagies fréquentes. On lui trouve un cancer du col de l'utérus.

Trois heures après un double toucher nécessaire pour reconnaître l'étendue de la production organique développement d'une péritonite suraiguë.

A l'autopsie : petite perforation de la trompe gauche distendue par du pus et dont le pavillon est oblitéré. Inflammation chronique de la muqueuse utérine. (Obs. de Chipault.)

OBSERVATION VIII (1)

Accidents causés par le massage gynécologique.

M. Pozzi présente des pièces fort instructives au point de vue des méfaits dont le massage gynécologique peut-être rendu responsable quand il est appliqué mal à propos.

Elles furent recueillies sur une femme qui avait été massée dans un service hospitalier de Paris pour des accidents douloureux attribués à une ancienne hématoecèle.

Il s'agissait en réalité comme l'auteur a pu le vérifier durant son opération, d'un double pyo-salpinx d'un petit volume.

En pratiquant la laparotomie voici ce qui fut trouvé : à gauche la trompe est transformée en un sac à parois épaisses et tomenteuses présentant les caractères habituels du pyo-salpinx et cependant elle ne contenait que du sang récemment épanché.

Autour d'elle il y avait des adhérences péritonéales et des traces de péri-salpingite récente.

A droite il n'y a pas de lésions suppuratives de voisinage, mais la trompe kystique contient du sang mélangé d'une certaine quantité de pus.

Or l'interprétation, dit M. Pozzi, ne me paraît pas douteuse : C'est le massage d'un double pyo-salpinx qui a provoqué les hémorragies intra-tubaires *et ce qui est plus grave, c'est encore lui qui a provoqué l'expression hors du pyo-salpinx gauche d'une certaine quantité de pus qui heureusement s'est enkysté mais qui aurait pu provoquer une péritonite suppurée.*

M. Bouilly cite 3 cas identiques.

(1) POZZI, *Société de chirurgie*, 2 janvier 1894.

OBSERVATION IX (1)

Grossesse extra-utérine ; rupture pendant l'examen ; laparotomie le lendemain ; mort par hémorrhagie. Observation de M. MONOD.

La femme R. 38 ans. Régliée à 15 ans. Le 8 janvier 1893 les règles ne viennent pas elle est prise de douleurs abdominales vives, de picotement dans les seins et d'une défaillance.

Le 22, nouvelle crise, vomissements, vertige, perte légère jusqu'au 9 mars.

Le 9 mars, douleurs et perte plus considérable.

Le 22, expulsion de caillots et d'une caduque.

Le 28, à l'examen on trouve le col dur et fermé ; l'utérus est porté à droite ; dans le cul-de-sac postérieur et gauche on sent une tumeur rénitente assez volumineuse. Pas de phénomènes inflammatoires. Colostrum et tubercules de Montgomery aux seins.

On diagnostique : grossesse extra-utérine.

La laparotomie est décidée.

Le 9 avril, nouveau examen ; cinq minutes après, douleurs violentes au creux épigastrique, nausées, défaillances.

On diagnostique la rupture et on se tient prêt à intervenir si les phénomènes s'aggravent.

Morphine, repos.

Deux heures après les douleurs et les nausées ont diminué.

Six heures après les douleurs ont augmenté, le pouls est mou.

T. V. 38.8.

La rupture est certaine ; la nuit se passe mauvaise.

Le 10 avril T. V. 37,7, le pouls est petit et mou.

On pratique la laparotomie qui dure 3/4 d'heure.

Mort à 6 heures. Hémorrhagie.

(1) CESTAN, *Thèse Paris 1894.*

OBSERVATION X (1)

*Rupture de grossesse tubaire au cours du palper abdominal.
Hémorrhagie grave Guérison.* (W, J. SINGLY. *Med. Press.* p. 634.)

Grossesse tubaire droite rompue pendant un toucher bimanuel.

La trompe et l'ovaire gauche avaient été enlevés quinze mois auparavant.

Etat très grave. Collapsus. Puis guérison.

OBSERVATION XI (2)

*Grossesse extra-utérine. Rupture par suite de massage. Péritonite
Laparotomie. Guérison*

M. Bouilly dans un cas de péritonite consécutif à un massage intempestif d'une grossesse extra utérine, a, par la laparotomie, guéri rapidement la malade.

OBSERVATION XII (3)

Hémato-salpingite gauche qui à la suite d'examens répétés (toucher bimanuel) subit une augmentation de la tumeur. Puis la fièvre survient et avec elle une grande exacerbation des phénomènes douloureux qui finirent par s'amender. Il n'est pas certain qu'il y ait eu rupture. (O. Alberts Deutsch Med. Wockenschrift 1878, n° 6-8.)

OBSERVATION XIII (4)

Dans un cas rapporté par Hayn (*Neue Zeits.* VI. 130.) la rupture d'une grossesse extra-utérine fut provoquée par des manœuvres un peu fortes faites par une sage-femme pour palper le ventre.

(1) CHOYAU. Inondations sanguines du péritoine par rupture de grossesse tubaire. *Thèse*, Paris 1896.

(2) 4^e Congrès Français de Chirurgie, Paris 1889.

(3) GUÉMÈS. *Thèse*, Paris 1888.

(4) Citée par KELLER. Des grossesses extra-utérines. *Thèse*, Paris 1872, page 35.

OBSERVATION XIV (1)

Rupture de kyste de l'ovaire par le palper abdominal

Cas du Dr Mundé cité dans les « Transactions » de la Société obstétricale de New-York ; séance du 6 octobre 1877. (American Journal of obstétric. 1878. T. II P. 582),

La malade était entrée à l'hôpital pour une rétention d'urine, pour laquelle on dut pratiquer la dilatation de l'urèthre.

L'opérateur cherchait en même temps à constater l'état des ovaires : il trouvait celui du côté gauche augmenté de volume et présentant les dimensions d'une grosse noix.

Pendant qu'il l'examinait par le toucher urétral et le palper abdominal combinés et très doucement appliqués, la petite tumeur céda sous son doigt, et il concluait à une rupture ; il n'y eut aucun accident fâcheux.

OBSERVATION XV (2)

Idem

M. le Dr Naeggerath, de New-York, dans cette même séance mentionne à ce sujet un cas dans lequel même chose lui advint pour les deux ovaires à huit jours d'intervalle, sans accidents.

OBSERVATION XVI (3)

Idem

Le Dr Matthews Duncan dans ses leçons intitulées : « Clinical lectures on the diseases of women » professées au « St Bartholomew's hospital » dit avoir vu un kyste dont les parois étaient tellement amincies qu'une pression très légère exercée sur un point de sa surface en amène la rupture dans un point éloigné et il conclut de ce fait et d'autres semblables la conclusion qu'il faut procéder avec une grande douceur dans la palpation des kystes.

(1) Mme Waite. Thèse, Paris 1883

(2) Thèse de Mme Waite.

(3) Id.

OBSERVATION XVII (1).

Idem

Seymour dans son ouvrage intitulé. « On diseases of ovaries. » Cite deux cas de ruptures intra péritonéales de kystes de l'ovaire dont un fut causé par l'exploration chirurgicale.

OBSERVATION XVIII (2).

Idem

Richards, (Lancet, II, 1867), rapporte l'observation d'une femme âgée de 54 ans.

Le 7 novembre, au cours d'une exploration légère elle ressent de vives douleurs.

Le 19 la mort survient. On trouve à l'autopsie le péritoine rempli de sang et de flocons jaunâtres. Une masse fongoïde existe dans la région ovarienne.

OBSERVATION XIX (3).

Kyste dermoïde de l'ovaire droit rompu dans le péritoine pendant l'anesthésie. — Mort, — (Malade du service de M. PONCET).

B. M..., 20 ans entre dans le service en décembre 1897.

À l'âge de 9 ans la malade a commencé à ressentir des douleurs fugaces dans la fosse iliaque droite.

Réglée à 18 ans, les douleurs sont plus vives, elles apparaissent et disparaissent avec chaque époque menstruelle.

Elle devient enceinte et accouche le 16 novembre à Neuville.

Pendant 3 jours elle resta en travail. Un médecin appelé constata qu'une tumeur se présentait au détroit supérieur et empêchait l'accouchement, il put la refouler et l'accouchement se fit sponta-

(1) Citée par Nepveu. *L. c.*

(2) Citée par Nepveu. *L. c.*

(3) SGOURDÉOS. De la rupture dans le péritoine des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Thèse, Lyon 1898.*

nément. Elle nourrit son enfant mais gênée et inquiète du volume acquis par la tumeur, elle entre à l'Hôtel Dieu.

On trouve à l'examen une grosse tumeur occupant le flanc droit, mate à la percussion, rénitente à la palpation... On ne sent pas de fluctuation. Sonorité dans les flancs.

Au toucher : utérus refoulé à gauche en antéversion.

17 janvier 1898. Opération. Éthérisation. On constate une tumeur sus et sous ombilicale de forme oblongue et soulevant la paroi abdominale sur la ligne médiane.

En la palpant (M. Bérard) elle paraît s'affaisser, disparaître; on suppose une rupture spontanée (?) Incision sous ombilicale, il s'écoule du liquide puriforme odorant, ressemblant à du petit lait, mélangé de graisse et de touffes de cheveux. Manœuvres rapides d'extraction. Toilette aussi complète que possible, assèchement. Large drainage par le cul de sac du vagin, Mickulicz.

La tumeur évacuée a encore le volume d'une tête de fœtus ; parois fibreuses d'épaisseur inégale. A l'endroit où s'est fait la rupture elle a la minceur d'une séreuse à peine doublée de quelques faisceaux conjonctifs. Traces d'adhérences inflammatoires qui unissent la tumeur assez lâchement aux parois du petit bassin et à l'épiploon.

Le soir, vomissements ; 500 gr. de sérum.

18 janvier. — Vomissements et douleurs. T. : 38°. : 39°.

22 janvier. T. : Normale. Vomissements et douleurs ; trois injections de 500 gr. de sérum.

23 janvier. — Mort.

Autopsie. — Péritonite purulente diffuse.

CONCLUSIONS

I. Le palper abdominal, même appliqué avec prudence, est susceptible cependant de déterminer la rupture de collections enkystées de l'abdomen ; dans ces cas une rupture spontanée était imminente, le palper n'en a été que la cause occasionnelle.

II. Dans d'autres cas, soit que le palper ait été trop prolongé ou pratiqué avec force, soit que la collection se trouve au début de son enkystement la rupture peut encore se produire.

III. La rupture intra-péritonéale des collections enkystées purulentes s'accompagne d'une péritonite suraiguë presque toujours mortelle.

La rupture en dehors du péritoine a des conséquences variables.

IV. La rupture intra-péritonéale des collections non septiques peut n'amener que des accidents bénins ou nuls, plus souvent elle détermine des accidents péritonitiques (kystes) ou des hémorrhagies (gross. tubaire) fort graves.

La rupture en dehors du péritoine est variable dans ses résultats.

V. L'intervention chirurgicale par laparotomie est nécessaire toutes les fois que les symptômes de péritonite ou d'hémorrhagie mettent l'existence des malades en danger.

Dans les autres cas, les circonstances dicteront la conduite à suivre.

VI. Les chances de succès pour la laparotomie sont subordonnées à la promptitude de l'intervention. Il y a là, une question d'heures et même de minutes.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE.
TILLAUX.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

1836. JOBERT DE LAMBALLE. — *Thèse de concours*, Paris.
1843. LISFRANC. — *Clinique de la Pitié*, t. III.
1844. VERJUS. — Des abcès des annexes de l'utérus. *Thèse*, Paris.
1847. SATIS. — *Thèse*, Paris.
1850. NONAT. — Du phlegmon des ligaments larges. *Gaz. des Hop.*
1851. CHASSAIGNAC. — Des tumeurs enkystées de l'abdomen. *Thèse de concours*.
1856. FARCY. — Des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque. *Thèse*, Paris.
1858. VOISIN, — De l'hématocèle retro-utérine. *Thèse*, Paris.
- 1858-60. ARAN. — *Leçons cliniques des maladies de l'utérus*.
1860. SIREDEY. — De la fréquence de l'altération des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines. *Thèse*, Paris.
1862. BAUCHET. — Rapport sur un travail de M. Collineau, sur les abcès de la fosse iliaque. *Société de médecine*, 6 décembre.
1862. BERNUTZ et GOUPIL. — *Cliniques médicales sur les maladies des femmes*, t. II.
1862. NONAT. — De la coexistence fréquente des maladies de l'utérus et des lésions de la région péri-utérine. *Académie de médecine*.
1864. VIDAL. — *Bull. de la Loc. Méd. des Hop.*, t. I.
1865. CROUZET. — Perforation de l'appendice cœcale. *Thèse*, Paris.
1869. FONTAINE. — Etudes sur les injections utérines après l'accouchement. *Thèse*, Paris.
1870. J.-L. CHAMPIONNIÈRE. — Lymphatiques utérins. *Thèse*, Paris.

1872. KELLER. — Des grossesses extra-utérines. *Thèse*, Paris.
1872. LETEINTURIER. Du danger des opérations pratiquées sur le col de l'utérus. *Thèse*, Paris.
1872. COURTY. — Traité pratique des maladies des femmes, 2^e édition.
1873. LORAIN et QUÉNU. — *Gaz. des Hopitaux* (décembre).
1874. SEUVRE. — Recherches sur l'inflammation des trompes utérines. *Thèse*, Paris.
1874. DELFAU. — Considérations sur les péritonites partielles. *Thèse*, Paris.
1874. BESNIER. — Dictionnaire Dechambre. Article rate.
1874. RENDU. — Dictionnaire Dechambre. Article foie.
1875. NEPVEU. — Rupture des kystes de l'ovaire. *Ann. de gyn.*, t. iv.
1878. DAVAINÉ. — Traité des entozoaires, 2^e édition.
1878. PONCET. — De l'hématocèle péri-utérine. *Thèse*, concours.
1880. J. COMBY. — *Bull. de la Soc. anat.*
1880. A. BÉQUIN. — Etude sur les abcès péri-utérins et leur ouverture spontanée. *Thèse*, Paris.
1883. HUE. — Rupture des kystes de l'ovaire et péritonite. *Thèse*, Paris.
1883. GUÉMÈS. — Hématocèles intra-péritonéales. *Thèse*, Paris.
1883. JOUSSET. — Etude sur les hématocèles utérines intra-péritonéales. *Thèse*, Paris.
1883. M^{me} WAITE. — Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire. *Thèse*, Paris.
1886. C. MAYGRIER. — Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine. *Thèse de concours*.
1886. TRUC. — Traitement chirurgical de la péritonite. *Thèse de concours*.
1888. GUÉMÈS. — De l'hémato-salpingite. *Thèse*, Paris.
1888. BROCA. — *Gazette hebdomadaire*.
1889. BOUILLY. — *Quatrième Congrès de chirurgie*.
1889. TERRILLON. — *Clinique chirurgicale* (Maladies des femmes).
1890. GERSTER. — *New York Méd.*, I (juillet).
1890. RECLUS. — *Bulletin de la Société de chirurgie*.
1891. P. DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme.
1891. RICARD. — *Gazette des Hopitaux*.

1892. BINAUD. — De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale.
Thèse, Bordeaux.
1893. JACOB. — *Thèse*, Paris.
1894. SONNENBURG et FINKELSTEIN. — *Deut. Zeitsch-f-ch*, t. XXXVIII.
1894. LEBON. — Perforation des artères iliaques dans les abcès appendiculaires. *Thèse*, Paris.
1894. TRINKLER. — *Revue de Chirurgie*.
1894. CESTAN. — Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. *Thèse*, Paris.
1895. LOISON. — *Revue de Chirurgie*. (Janvier).
1895. MAC BURNEY. — *Med. Record*, t. I. Mars.
1895. POZZI. — *Bullet. de la Soc. de Chir.* (Janvier).
1896. M^{lle} GORDON. — De l'appendicite chez l'enfant. *Thèse*, Paris.
1896. HOUZÉ. — De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée. *Thèse*, Paris.
1896. PIARD. — Des suppurations à distance dans l'appendicite. *Thèse*, Paris.
1896. CHOYAU. — Inondations sanguines du péritoine par rupture de grossesses tubaires. *Thèse*, Paris.
1897. CULIANU. — Considérations sur le traitement de l'appendicite. *Thèse*, Paris.
1897. DORMOY. — *Thèse*, Paris.
1897. POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 3^e édition.
1897. BRUN. — *Traité des maladies de l'enfance* par Grancher, Comby, Marfan, t. III.
1897. JALAGUIER. — *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus. 2^e édition, t. VI.
1898. LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*.
1898. PHOCAS. — Péritonite appendiculaire. *Thèse*, Paris.
1898. POIRIER. — *Société de Chirurgie*. Juillet.
1898. LAIZÉ. — Abcès enkystés péritonéaux d'origine secondaire dans l'appendicite. *Thèse*, Paris.
1898. SIRON. — De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire. *Thèse*, Paris.

1898. SGOURDÉOS. — De la rupture dans le péritoine des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Thèse*, Lyon.
1898. VILLARET. — Absès appendiculaires ouverts dans l'intestin. *Thèse*, Lyon.
1898. WLADOFF. — Absès appendiculaires ouverts dans la vessie. *Thèse*, Lyon.
1899. LECORNEY. — Traitement de l'appendicite. *Thèse*, Paris.
1899. P. SEGOND. — *Traité de Chirurgie*, Duplay et Reclus, t. VIII, 2^e édition.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	5
INTRODUCTION.....	6
PREMIÈRE PARTIE. — COLLECTIONS SEPTIQUES	
Ch. I. — Péritonite localisée en général.....	10
Ch. II. — Abscess appendiculaires.....	13
Ch. III. — Abscess annexiels.....	18
Ch. IV. — Abscess divers.....	25
DEUXIÈME PARTIE; — COLLECTIONS NON SEPTIQUES	
Ch. I. — Kystes de l'ovaire et des ligaments larges.....	28
Ch. II. — Kystes hydatiques du foie, rate, etc., kystes du mésentère, etc.....	33
Ch. III. — Grossesse extra-utérine.....	36
Ch. IV. — Hématocèle pelvienne.....	39
TROISIÈME PARTIE. — DE LA RUPTURE; SES CAUSES ET SES CONSÉQUENCES.....	
42	
QUATRIÈME PARTIE. — TRAITEMENT.....	
50	
OBSERVATIONS.....	52
CONCLUSIONS.....	72

BRITISH MUSEUM, LONDON

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN
